



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1989

III Legislatura

Núm. 462

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión celebrada el miércoles, 10 de mayo de 1989

ORDEN DEL DIA

Preguntas:

- Sobre situación médico-farmacéutica en que se encuentran los pilotos civiles de líneas aéreas al dejar de volar a los 60 años, cuando les faltan 5 para que sus derechos de jubilación sean equiparables a los de los demás profesionales (formulada por el señor Díaz Aguilar, del Grupo Parlamentario del CDS) («B. O. C. G.», número 304, Serie D) (número de expediente 181/001350).
- Sobre medidas a adoptar para evitar la incompatibilidad entre la pensión de jubilación y la remuneración percibida por la actividad creativa o artística (formulada por la señora Izquierdo Arija, del Grupo Parlamentario de Coalición Popular) («B. O. C. G.», número 322, Serie D) (número de expediente 181/001488).

Proposiciones no de ley:

- Por la que se insta al Gobierno para que en dos meses, en desarrollo de los artículos 56, 90 y concordantes de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, modernice su política de concertos con medios ajenos (Grupo Parlamentario de Coalición Popular) («B. O. C. G.», número 299, Serie D) (número de expediente 161/000194).
- Por la que se insta al Gobierno para que establezca las necesarias disposiciones en la gestión directa del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), al objeto de facilitar a sus usuarios la posibilidad de opción a cualquier servicio especializado u hospitalario, sea propio, administrado o concertado (Grupo Parlamentario de Coalición Popular) (B. O. C. G. número 299, serie D) (número de expediente 161/000192).

- Sobre desbloqueo del sistema de «empresas colaboradoras» en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (Grupo Parlamentario de Coalición Popular) («B. O. C. G.», número 299, Serie D) (número de expediente 161/000193).
- Sobre adopción de medidas oportunas presupuestarias, de organización y coordinación de servicios sanitarios de titularidad propia y concertados (Grupo Parlamentario de Coalición Popular) («B. O. C. G.», número 299, Serie D) (número de expediente 161/000195).
- Por la que se insta al Gobierno a remitir a la Cámara estadística relativa al número total de pacientes, en lista de espera, en todos los servicios de la gestión directa del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (Grupo Parlamentario de Coalición Popular) («B. O. C. G.», número 300, Serie D) (número de expediente 161/000197).

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

PREGUNTAS:

— **SOBRE SITUACION MEDICO-FARMACEUTICA EN QUE SE ENCUENTRAN LOS PILOTOS CIVILES DE LINEAS AEREAS AL DEJAR DE VOLAR A LOS 60 AÑOS, CUANDO LES FALTAN CINCO PARA QUE SUS DERECHOS DE JUBILACION SEAN EQUIPARABLES A LOS DE LOS DEMAS PROFESIONALES, FORMULADA POR EL SEÑOR DIAZ AGUILAR (CDS).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, la primera pregunta del orden del día ha sido retirada por el Grupo proponente. Por tanto, pasamos al debate de la siguiente pregunta.

Está con nosotros, para responder a las dos preguntas que figuran en el orden del día para su tramitación, don Adolfo Jiménez, Secretario General de la Seguridad Social, a quien damos la bienvenida a la Comisión.

Pregunta relativa a la situación médico-farmacéutica en que se encuentran los pilotos civiles de líneas aéreas al dejar de volar a los 60 años, cuando les faltan 5 para que sus derechos de jubilación sean equiparables a los de los demás profesionales, formulada por el señor Díaz Aguilar, del Grupo del CDS.

Para formular la pregunta, tiene la palabra, señor Díaz Aguilar.

El señor **DIAZ AGUILAR**: Señor Presidente, señorías, señor Jiménez, ante todo quiero agradecer su presencia en esta Comisión para contestar a mi pregunta y darle las gracias de antemano.

La pregunta es muy concreta y parece que corresponde totalmente al ámbito de la Seguridad Social, si bien esto no es realmente así. El motivo de la pregunta son las complicaciones en la situación socio-económica de los individuos que están afectados por los convenios de Chicago y de Tokio, ya que España, ligada a ellos por convenios, obliga a los pilotos a retirarse de las líneas de vuelo en su puesto de comandamiento de las naves a los 60 años. Esta medida incide en un estamento muy cualificado que,

por su medio de vida, está desarraigado de su familia, está continuamente estresados, vive a hiperpresión, está sometido a ruidos, a vivir en hoteles y a dormir siempre en diferentes camas, a no conocer casi a sus hijos, etcétera. Es decir, es un colectivo con 20 ó 25 años de trabajo, porque no hay que olvidar que, si bien llegan a comandante a la edad de 32 ó 33 años, o algunos excepcionalmente a los 20 y pico, han volado de segundo desde los 21 o los 22, y las condiciones vienen a ser las mismas. (El señor **Vicepresidente, Correas Parralejo, ocupa la Presidencia.**) Llega un momento en que estas personas todavía se sienten plenamente capaces y súbitamente dejan de volar. Esta situación les somete a un estrés tan fuerte que hay estadísticas verdaderamente aterradoras, que hablan de que un 70/80 por ciento de los pilotos retirados a los 60 años no llegan con vida a los 68. Esto es aterrador. De hecho se colige otra cosa, y es que desde los 60 años hasta la edad que Dios les dé de vida van a tener más necesidad de apoyo desde el aspecto de la Seguridad Social.

¿Cuál es la situación en que quedan estos pilotos, con respecto a asistencia sanitaria, a partir de los 60 años? Esta es mi pregunta.

El señor **VICEPRESIDENTE**: (Correas Parralejo): Señor Jiménez, tiene la palabra para contestar.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL** (Jiménez Fernández): Buenos días.

Voy a intentar explicar la situación médico-farmacéutica en que quedan, desde la perspectiva de la Seguridad Social, los pilotos de líneas aéreas. (El señor **Presidente ocupa la Presidencia.**) Estos se encuentran incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social y, por lo tanto, les es aplicable la normativa que prevé la jubilación a los 65 años, en términos generales, o bien a partir de los 60, con reducción del importe de la pensión, siempre y cuando estuvieran cotizando antes del 1.º de enero de 1967 a una mutualidad laboral de transporte por cuenta ajena. Pero en el caso de los pilotos, en base al artículo 154.2 de la Ley General de Seguridad Social y de acuerdo con el Real Decreto 1.559/1986, se aplica una reducción en la edad de jubilación a estos trabajadores. En concreto, en el caso de los pilotos se establece una reducción en la edad del 40 por ciento del tiempo trabajado en dicha activi-

dad, sin disminución alguna de la cuantía de la pensión.

Por lo tanto —y concluyo brevemente la respuesta—, cuando un piloto pasa a ser pensionista por jubilación, se debe encontrar totalmente protegido por el sistema de Seguridad Social en todas sus prestaciones, sea a nivel de pensión o de asistencia médico-farmacéutica, con independencia de la vía por la que haya llegado a la jubilación: la reducción del 40 por ciento o a los 60 años. Es decir, desde la perspectiva de respuesta, en el campo estricto de la Seguridad Social, una vez que estos pilotos se encuentran en la situación de pensionistas, deben tener totalmente cubierta toda la protección a la que tienen derecho por ser pensionistas de la Seguridad Social.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Díaz Aguilar, tiene la palabra.

El señor **DÍAZ AGUILAR**: Muchas gracias señor Jiménez. Realmente, tal como usted lo expone, parece que no hubiera problemas, y en realidad sí que los hay. El problema quizá no se concreta a lo que hasta ahora han sido las líneas aéreas nacionales, Iberia y Aviaco, porque, por convenio, lo que usted dice es absolutamente cierto; el problema se presenta de cara al año 1992. En estos momentos, en España estamos asistiendo al «boom» de los «charter», porque la compañías nacen y crecen como hongos. Todos sabemos que esto es algo ficticio, que realmente se está aprovechando un «boom», pero que van a quedar como compañías serias aquéllas que tengan un gran incremento y que sean verdaderamente importantes, como Air Europa, Lufthansa, Iberia, etcétera. Se va a ir creando un conflicto que realmente va a explotar en el 92, con la política de libertad de profesionales en la Comunidad Económica Europea.

En España acabamos de cerrar la formación de pilotos de líneas aéreas en la Escuela Nacional de Aeronáutica, ésta se está concretando a revalidar títulos conseguidos en otros países, a formar controladores aéreos, etcétera. Yo tengo noticias de que hay un excedente de pilotos, sobre todo italianos, también los hay en Alemania e Inglaterra, aunque menos, que están esperando —vamos a decirlo con una expresión gráfica— con la boca abierta el momento del 92 para aprovechar la coyuntura. Primero, del auge de los «charter» y, segundo, de la inexistencia de escuelas de capacitación para pilotos de líneas aéreas en España. En ese momento, la incidencia de los convenios de Iberia y de Aviaco no va a tener importancia; va a tener importancia un colectivo de pilotos que está llegando a los 60 años y que va a tener necesariamente que dejar de volar, y sus puestos van a pasar a la oferta y la demanda, con lo cual, quizá esta protección no se encuentre debidamente reglamentada.

Yo sé que esta pregunta no es totalmente de su incumbencia —perdóneme que le moleste—, sino que más bien es de transportes y que habría que arbitrar alguna otra vía para resolver el problema. Ahora bien, desde el punto de vista de la Seguridad Social, ¿se podría hacer algo?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Jiménez, tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL** (Jiménez Fernández): Por supuesto, con mucho gusto, voy a intentar contestarle.

Efectivamente, creo que excede el campo propio de la Seguridad Social, el campo de la protección. Por poner un ejemplo, se podría intentar que estos pilotos de empresas «charter» tuviesen algo similar a lo que tienen los pilotos de Aviaco o Iberia, y voy a hacer referencia a ellos, porque creo que es el camino a seguir por otra vía de la Administración distinta a la Seguridad Social, que no tiene facultades para actuar en ese sentido.

La compañía Iberia y la compañía Aviaco tienen un convenio firmado con los pilotos por el cual los jubilan a los 60 años, pero les mantienen una reserva de plaza, de modo que continúan en alta en la Seguridad Social a cargo de la empresa. En ese sentido, el piloto tienen la misma protección que si estuviese trabajando y no estuviese percibiendo una pensión. En consecuencia, no existe desprotección; tiene toda la protección que puede tener cualquier español.

Creo que ese sería el camino a seguir, previendo la panorámica futura que usted indicaba sobre los viejos «charter». Pero insisto en que excede el campo de actuación de la protección social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y, si se regula en otro ámbito de la Administración, tendríamos que aportar en su momento la respuesta de Seguridad Social, que sería similar a los convenios de Aviaco e Iberia.

— **MEDIDAS A ADOPTAR PARA EVITAR LA INCOMPATIBILIDAD ENTRE LA PENSION DE JUBILACION Y LA REMUNERACION PERCIBIDA POR LA ACTIVIDAD CREATIVA O ARTISTICA, FORMULADA POR LA SEÑORA IZQUIERDO ARIJA (CP)**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta relativa a medidas a adoptar para evitar la incompatibilidad entre la pensión de jubilación y la remuneración percibida por la actividad creativa o artística, formulada por la señora Izquierdo Arija, del Grupo de Coalición Popular, que tiene la palabra.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: La pregunta no es nueva, ha venido rebotada de un Pleno, donde, bien por deficiencias de esta Diputada al formularla, bien porque no la captó en el sentido en que yo la formulé el señor Ministro, no puso luz en un tema que a mí me preocupa y en el que están inmersos un colectivo importante de intelectuales españoles, no tanto por su número sino por la influencia que tienen en el país y la importancia que pueden tener para el mantenimiento de una sociedad culturalmente viva.

La pregunta es si el Gobierno piensa adoptar alguna medida que de alguna manera haga posible que la creación literaria o artística puede percibir emolumentos, sin que para ello tenga que renunciar a percibir sus pensiones de la Seguridad Social.

Usted sabe mejor que yo, puesto que está inmerso en el

mundo del trabajo a niveles altos, que la Ley General de la Seguridad Social hace incompatibles a aquellas personas que perciben una pensión de la Seguridad Social y a su vez perciben emolumentos por cualquier trabajo artístico o de cualquier otro tipo. Al estar incluidos los intelectuales y los artistas en el régimen de autónomos, si cobran emolumentos por su trabajo, bien sea por dar una conferencia, publicar un ensayo, o por cualquier otro tipo de actividad, se ven obligados a renunciar a su pensión de la Seguridad Social o, de lo contrario, no podrían seguir cobrando por sus trabajos.

En un momento en el que estamos en el Mercado Común, cuando en todo nuestro entorno se tiende a que las personas mayores se puedan jubilar cuando quieran, como está sucediendo en Estados Unidos, cuando se considera el trabajo a tiempo parcial, entendemos que es una aberración que en este momento se fije la edad de 65 años para limitar la actividad artística de una persona. La edad en estos colectivos supone la plenitud de una vida. Por tanto, privar a la sociedad del trabajo y la experiencia de estos hombres no nos parece correcto.

Por ello, yo quisiera saber si desde su Ministerio se va a arbitrar alguna medida que haga posible compatibilizar el cobro de una pensión con el trabajo artístico o intelectual.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL** (Jiménez Fernández): Efectivamente, la pregunta que me formula S. S. fue contestada en su día por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social. Las circunstancias legales no han cambiado. Pero al hilo de la intervención de S. S., que hace una precisión mayor en cuanto a la pensión de jubilación, voy a intentar puntualizar el marco legal del sistema de Seguridad Social.

Como sabe S. S., la propia naturaleza de la jubilación implica el cese de la actividad profesional y habitual del que la viniera realizando. De ahí que la regla general es la incompatibilidad del derecho a percibir la pensión con la realización de actividades que den lugar a la inclusión de quien lo realiza en algún régimen de Seguridad Social. «A sensu contrario», la pensión es compatible con toda actividad que no reúna las condiciones establecidas para su inclusión en el régimen de Seguridad Social.

En todo caso, el pensionista de jubilación —y es importante tenerlo en cuenta— en Seguridad Social puede reanudar cualquier actividad profesional siempre que quiera, suspendiendo la percepción de la pensión durante la realización del trabajo habitual remunerado.

Todo lo que le acabo de decir se debe combinar con la existencia de excepciones a la regla general de incompatibilidad que la propia norma permite, entre ellas, como en su día explicó el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, se encuentra el caso de los escritores de libros. El régimen especial que regulaba esta actividad establecía la incompatibilidad de la pensión solamente con otros trabajos distintos del de escritor, que dieran lugar a su in-

clusión en otros regímenes de la Seguridad Social. Este marco de incompatibilidad se desprende de la combinación de los artículos 4 y 5 del Decreto 3.262 del año 60, que regulaba el régimen especial de escritores de libros.

Como también sabe S. S., se han simplificado los regímenes de la Seguridad Social y se han refundido unos en otros. Pero lo que nosotros sustentamos es que la norma que amparaba dicha situación no ha sido expresamente derogada, por lo que entendemos que sigue siendo aplicable en Seguridad Social. Por tanto, nosotros creemos que no existe obstáculo alguno para que el escritor jubilado en la Seguridad Social pueda continuar su labor creativa.

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

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: La respuesta es exactamente igual que la del señor Ministro. Usted no coarta la libertad de nadie para escribir, producir, esculpir o dar conferencias. Pero de lo que se trata es de que este trabajo no le impida percibir su pensión de la Seguridad Social. Las personas que están sujetas al régimen de autónomos muchas veces se ven obligadas a seguir trabajando, porque el término medio de la pensión no llega a las 40.000 pesetas. Si fueran unas pensiones importantes, posiblemente estos señores no se verían obligados a seguir escribiendo o a seguir dando conferencias. Muchos lo hacen por necesidad. Pero cuando las pensiones en España son del orden de las 40.000 pesetas, una persona, para mantener su «status», se ve obligada a seguir trabajando.

Efectivamente, ustedes no coartan la libertad de nadie que se dedique a una actividad artística, siempre y cuando no perciba emolumentos de la Seguridad Social. Pero lo que yo le pregunto es si tienen ustedes algún proyecto que compatibilice el cobro de la pensión de la Seguridad Social con el ejercicio libre de una actividad. En todo el mundo libre de occidente se tiende a que las personas puedan seguir trabajando a tiempo parcial cuanto quieran, porque la experiencia de estos hombres es importante para el mantenimiento de una sociedad y para el futuro de los museos, de la literatura, para cualquier tema cultural, porque el poder de un pueblo no solamente se mide en dinero, sino también en calidad cultural, literaria y en proyección artística. Por tanto, todo aquello que suponga atentar contra los derechos de los ancianos, que están reconocidos en el artículo 50 de la Constitución, es ir en contra de lo que constitucionalmente es un derecho reconocido, y hay muchos artículos de la Constitución que se violan por este término. Por tanto, usted sigue exactamente igual que el señor Ministro, sin aclararme absolutamente nada; usted sigue reconociendo la Ley General de la Seguridad Social y los impedimentos que tienen esta Ley y el Decreto del año 1970, pero no me dice si su Gobierno piensa hacer algo por esta gente.

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

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL** (Jiménez Fernández): Yo creía que en la última parte de mi intervención le indicaba que era compatible, por ejemplo, la labor de escritor con la pensión de jubilación. Pero es conveniente que al hablar de la normativa de la Seguridad Social se tenga en cuenta que en la Seguridad Social, subrayo, la jubilación no tiene un carácter obligatorio, a ninguna edad, sino que siempre es voluntaria para el interesado, mientras lo desee y la relación labora, en el caso de trabajador por cuenta ajena, se lo permita. Puede seguir realizando esta actividad y consiguientemente en alta. La edad de sesenta y cinco años, en términos generales, sin aplicar coeficientes reductores del sistema de seguridad social, es un requisito para poder solicitar la pensión o el pase a jubilación. Por consiguiente, desde ese punto de vista, es congruente que la Ley General de Seguridad Social establezca la incompatibilidad de la pensión de jubilación con el trabajo en líneas generales: la jubilación es voluntaria, y en todo caso, siempre se puede pedir su suspensión, decía yo anteriormente, como norma general.

Por otra parte, yo creo que, al hilo de lo que me decía usted, en Norteamérica, pero situándolo en el ámbito de los países europeos de nuestro entorno, sucede que en Francia y en Italia son totalmente incompatibles con lo que es la modalidad contributiva de pensión, de la que hoy estamos hablando, y en Inglaterra y en Dinamarca, por ejemplo, es compatible si se autoriza por la Administración, también tiene sus limitaciones. En definitiva, la regulación que hay en España, en líneas generales, es congruente o concordante con la mayoría de los países de nuestro entorno. Pero, en cualquier caso, por dar una contestación, a ver si puedo ser más preciso, centrando el problema y señalando que es verdad que los escritores de libros —y nosotros participamos de esa idea— puede ser que a la edad de los sesenta y cinco años, sesenta y seis o sesenta y siete años estén en su madurez literaria, indicaba que era compatible esta actividad con la pensión por jubilación. Pero hay algo que me ha preocupado al hilo de sus preguntas, y he ido a una verificación más práctica. La Secretaría General para la Seguridad Social ha requerido a todas las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social para comprobar si había algún caso de suspensión o denegación de la pensión por considerarla incompatible con la actividad de escritores de libros, y la respuesta, que me ha sido dada en fecha reciente, ha sido negativa en todos los supuestos. Por tanto, me da la sensación de que, si bien es un enfoque general, en la práctica realmente se trata de un problema inexistente dentro del marco de la Seguridad Social. Insisto en lo de Seguridad Social, porque es diferente, a lo mejor, el aspecto de clases pasivas, en las cuales yo no tengo competencia.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor—Jiménez. Agradecemos su presencia en la Comisión.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE EN DOS MESES, EN DESARROLLO DE LOS ARTICULOS 56, 90 Y CONCORDANTES DE LA LEY 14/86, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD, MODERNICE SU POLITICA DE CONCIERTOS CON MEDIOS AJENOS (CP)

El señor **PRESIDENTE**: Seguimos con el siguiente punto del orden del día: tramitación de proposiciones no de ley.

La primera proposición no de ley, por la que se insta al Gobierno para que en dos meses, en desarrollo de los artículos 56, 90 y concordantes de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, modernice su política de conciertos con medios ajenos. Presentada por el Grupo de la Coalición Popular.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Del Rey.

El señor **DEL REY CASTELLANOS**: Este Diputado, como su Grupo, considera que todos deseamos una mejor Seguridad Social, y la verdad es que después de todo lo que estamos legislando, la sociedad nos reprocha una serie de errores y de faltas de asistencia que hace que mi Grupo, en el día de hoy, y en esta Comisión, manifieste el deseo de presentar esta proposición no de ley.

A pesar de la concepción publicista y unitaria de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, desde la propia creación del seguro obligatorio de enfermedad en el año 1942, la propia expansión del número de asegurados y beneficiarios, cuatro millones de cobertura en el año 1942; trece millones en el año 1953; de 18.379.000 en el año 1967, y de 30 millones en el año 1976, provocó la necesidad de contar con la colaboración de los medios asistenciales ajenos a la propia estructura de la entidad gestora.

La gran eclosión del número de personas acogidas a la cobertura de la asistencia sanitaria, la responsabilidad pública de la seguridad social, es decir, la auténtica universalización, no se produce en estos últimos años de gestión del PSOE, sino en periodos muy anteriores, muy especialmente en el periodo 1967-80. Consecuentemente, la Ley General de la Seguridad Social preveía este tipo de colaboración con medios ajenos en su artículo 209 mediante la instrumentalización o institucionalización del concierto, contexto que desde 1970 se deriva a una modalidad especial, como es la de centros administrados y financiados en virtud de los convenios singulares, véase AISS universitarios.

La Ley General de Sanidad de 1986 establece para este tipo de colaboraciones dos figuras: la del hospital privado vinculado (artículos 66 y 67) y la de los medios concertados (artículo 90). Con todo, la inexistencia de desarrollo de esta ley ha dejado subsistente en su práctica integridad el sistema establecido por la legislación de la seguridad social. En definitiva, tanto la Ley General de la Seguridad Social como la Ley General de Sanidad instrumentan una oferta asistencial a los usuarios del sistema, no sólo en base al dispositivo propio, sino también al de medios ajenos previamente concertados a dicho fin.

Con todo, es menester precisar dos aclaraciones previas: El concepto medio ajeno no es identificable numéricamente con el de medio privado. Junto a medios de esta titularidad en dicha categoría existen muchos de titularidad pública (diputaciones, comunidades autónomas, municipios). En los últimos años, gran parte de los medios administrados y financiados se han integrado en la red propia de la seguridad social. Tal integración no ha supuesto aumento del dispositivo asistencial, sino un mero cambio formal de la calificación.

Veamos qué hay en la Comunidad Europea sobre este aspecto asistencial.

Con la excepción del Reino Unido, la tónica general de los países de la Comunidad Económica Europea es que la Seguridad Social no dispone de un dispositivo propio, material ni personal, para la dispensación de asistencia sanitaria. Se utilizan los centros de titularidad pública, fundacional o privada, existentes en la mayor parte de los países en régimen de opción para los ciudadanos. En Bélgica, trecientos de los cuatrocientos sesenta hospitales existentes en 1977 eran privados, con un índice global de 8,8 por cama y 1.000 habitantes. Funcionan mediante tarifas fijadas por convención o por resolución de los poderes públicos.

En Dinamarca los hospitales públicos son de los órganos regionales y municipales, pero la asistencia se presta también en privados mediante convención.

En Francia se utilizan hospitales públicos y privados indistintamente, a elección del usuario. En 1983, con un índice de 11,6 camas por mil habitantes, tanto los hospitales públicos como los privados funcionan en orden a tarifas fijadas por la autoridad o convenidas.

En Alemania Federal el sistema hospitalario se estructura por «länder»; el 50 por ciento de los centros son públicos y el resto fundacionales o lucrativos, con una tasa global de 11,1 camas por mil habitantes, en 1982. Se realizan conciertos con los hospitales.

Italia utiliza los hospitales de las regiones y los privados por convenio, correspondiendo aquéllos al 80 por ciento de las camas; el índice global era de 7,7 camas por mil habitantes.

Luxemburgo, con 13 camas por mil habitantes en 1983, las distribuye en un 60 por ciento en hospitales públicos y en un 40 privados. Todos los centros públicos y privados están convenidos obligatoriamente con fondos del seguro de enfermedad.

Los Países Bajos integran a todos los hospitales privados y públicos mediante un sistema controlado por la fundación central para las tarifas hospitalarias y basado en el principio de mutuo acuerdo; el número de camas en 1983 era de 12 por mil habitantes.

Grecia, con 6,2 camas por mil habitantes, tiene un sistema similar al español, a base de centros propios y ajenos concertados.

En Irlanda se utilizan hospitales aprobados y reconocidos por el Consejo de Salud y existe un sistema de reembolso en la atención hospitalaria de centros privados prestada a titulares con cobertura limitada a 9,5 camas por mil habitantes en 1982.

En el Reino Unido, con 8,1 camas por mil habitantes, la mayoría de los hospitales pertenecen al sistema nacional de la salud, si bien últimamente el 17 por ciento de las operaciones quirúrgicas se realizan en hospitales privados y concertados con el sistema Nacional de la Salud referido anteriormente, y se prevé un incremento de dicho concierto y de otros globales con entidades aseguradoras que acogen en 1988 al 10 por ciento de la población. El 31 de enero de 1989 se presentó en las comisiones el llamado Libro Blanco sobre reformas sanitarias, en el que se prevé un razonamiento de autogobierno propio de los hospitales, con Consejos de Administración propio y cada hospital del Servicio Nacional de la Salud, además de su presupuesto, generará ingresos propios por la asistencia que preste a enfermos privados y asegurados, con lo que se fomentará la competitividad basada en la calidad y en la autorresponsabilidad.

¿Qué pasa en la situación española? Los principios que rigen en la asistencia pública española son: priorización absoluta en la utilización de los llamados centros propios por sólo esta condición; utilización de medios ajenos públicos y privados con carácter complementario y supletorio de los propios centros de la red del INSALUD; instrumentación de la colaboración de los medios ajenos mediante los denominados conciertos en un régimen total de discrecionalidad para la Administración, con sus secuelas e incertidumbres jurídicas y económicas para los centros afectados.

La evolución porcentual del gasto de los medios ajenos sobre el total del causado por el INSALUD ha sido: en 1980, el 23,2 por ciento de ocupación; en 1983 baja a 20; en 1984, 19; en 1985, 18; en 1986, 15; 1987, 14; y 1988, 1,2.

Lo anterior pone de relieve un acusado y continuado descenso de este tipo de colaboración a partir de 1983, aun teniendo en cuenta el intento general de contención de gastos habido en el INSALUD durante estos años.

Los centros hospitalarios concertados pasan en 1982, excluidos Andalucía y Cataluña, de 331 a 316 en el año 1983 y sólo 215 en el año 1987, lo que evidencia una reducción de un 35 por ciento en sólo cinco años. El número total de camas concertadas, excluyendo, como decía anteriormente, Andalucía y Cataluña, que en 1984 era de 34.822 han pasado en 1987 a ser de sólo 26.440 camas, lo que supone una reducción del 24,2 por ciento en el espacio de tres años.

Pero si dirigimos nuestra mirada hacia el sector de los centros propios y administrados por el INSALUD, constatamos que, excluidas Andalucía y Cataluña, como ya he dicho, dicha entidad gestora, disponía en 1982 de 49.574 camas hospitalarias en dicho régimen de dependencia, mientras que su número en servicio en enero de 1988 es de 54.450; obviamente el ligero incremento del 1,8 por ciento registrado ni compensa la reducción operada en el bloque de los centros concertados, ni está en consonancia con el aumento experimentado en la población a atender, cifrado en el 13,7 por ciento para el período 1982-1987.

Todo esto apoyado en datos del libro blanco, regímenes sanitarios y cuentas y balances de la Seguridad So-

cial, Boletín Informativo de Seguridad Social, etcétera.

La conclusión de estos datos, que son oficiales, es clara y terminante: la política del Gobierno ha reducido las disponibilidades hospitalarias de la oferta pública en el área del INSALUD y, al mismo tiempo, ha provocado conscientemente un apreciable aumento de la asistencia a la Seguridad Social. Ha identificado las rigideces del sistema y ha encarecido el costo de la asistencia sanitaria pública, con las consecuencias que están a la vista de todos.

De otro lado, no cabe desconocer que la mecánica establecida desde el poder político ha condicionado negativamente la creación y el desarrollo natural de los medios ajenos concertados, sean estos públicos o privados. La política de concertos, además de su severa reducción, no parece encaminada a una armónica utilización de los recursos existentes, ni al fomento de su disponibilidad, aún cuando sean necesarios, pero netamente escasos y mal distribuidos.

Se ha desincentivado la cantidad y la eficiencia asistencial. No se permiten fórmulas de combinación entre medios ajenos y propios. Sus costos para la Seguridad Social no suelen guardar una razonable proporción y se ha proscrito cualquier tipo de competencia entre hospitales, con sus lógicas consecuencias.

Los concertos, además de su desfasada concepción, no responden a criterios de política asistencial de la población, sino al consumo y a la simple comodidad de la Administración. La inseguridad jurídica y la incertidumbre económica de los centros es la nota característica, la diferencia de trato económico con respecto a los centros propios en situaciones homologables.

Es notorio el ejercicio parcialista por la Administración de su control pleno sobre los concertos, conduciendo, tal y como se ejerce, al cierre y al deterioro de los centros concertados, a los que se acostumbra a remitir lo menos interesante.

Los precios, inferiores al costo real y a los de centros propios homologables, muchas veces respecto de hospitales benéficos o de diputaciones, actúan a modo de auténticas subvenciones encubiertas en favor del INSALUD, en función de una tabulación de niveles arbitraria y de un sistema de tasación tan obsoleto como irreal e inconveniente para todos, puesto que ni se atiende a procesos ni a indicadores de calidad o de satisfacción, ni se permite al usuario la más mínima posibilidad de opción entre los distintos hospitales disponibles del sistema.

Las evidencias apuntadas muestran que nuestro sistema asistencial no se compagina con las necesidades y características de una sociedad moderna y democrática que va disponiendo de un respetable desarrollo político y social, ni tampoco nuestro sistema responde a las pautas y tendencias más habituales del ámbito de la Comunidad Económica Europea. Si tras ese examen se constata que la evolución de los indicadores sanitarios...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Del Rey, por favor, vaya terminando.

El señor **DEL REY CASTELLANOS**: Estoy terminan-

do, señor Presidente. ... no responde a criterios de racionalidad y que la situación del sistema sanitario dista mucho de ser el deseable y, para hablar claro, se encuentra en proceso de regresión deteriorante, es preciso buscar soluciones razonables, urgentes y pragmáticas diferentes a las de la política practicada que ha fracasado en toda línea.

No es preciso, por público y notorio, que le recuerde la situación de nuestro sistema asistencial a la que recientemente se ha referido el Defensor del Pueblo en forma harto discreta para lo que la situación merece, ni parece necesario aludir a la deplorable circunstancia de que nuestra sanidad sea constante motivo de comentario negativo en los ámbitos de opinión de nuestra sociedad y casi el paradigma del mal funcionamiento de un servicio público. El Gobierno socialista ha optado por machacar los medios concertados posiblemente por razones ideológicas, sin promover un paralelo aumento de los medios propios, que era lo inherente a su ideología, por lo que el pragmatismo económico razonable se lo impide. El fracaso a la vista está y subsistirá acrecentándose si se persiste en tales experimentos a costa de la vida de la salud de los ciudadanos.

Nosotros proponemos la superación del fracaso y ofrecemos una solución contrastada con la experiencia europea, emanada en el sentido común del pragmatismo y preferentemente posible y hasta lo exigible a tenor de la Ley General de Sanidad. Proponemos que se acometa algo que muchas veces se ha prometido desde la más altas esferas del Ministerio de Sanidad, pero que se ha incumplido hasta el presente, tal vez porque sea más fácil predicar que dar trigo.

Acometan ustedes, señores del Gobierno, una política de realidad sanitaria y no reduzcan todo a una enfermiza obsesión por el control de los enfermos y de los medios sanitarios, convirtiéndolo en un fin imposible. Utilicen con verdadera racionalidad las amplias posibilidades que les depara una inteligente política de concertos con servicios ajenos a la Seguridad Social; sacúdanse el polvo trasnochado de la herencia franquista (**Rumores.**) y modernicen su concepción sobre concertos; consideren a los recursos sanitarios del país, a todos, tan propios de la sociedad unos como otros; sacúdanse las inercias patrimonialistas, que nos asomamos al siglo XXI, cuando en España se está operando en clínicas ajenas al INSALUD enfermos de países de la Comunidad Económica Europea y escandinavos mediante concertos con la Seguridad Social de tales países; hay que eliminar las coyunturales listas de espera que les pueden producir asombro, pues es asombroso y difícil explicar la política al respecto de nuestras autoridades.

En consecuencia, nuestro Grupo formula la presente proposición no de ley en base a las razones y fundamentos anteriores, al objeto de que la Comisión y esta Cámara insten al Gobierno para que en el plazo de dos meses se dé desarrollo a este articulado de la Ley General Básica.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieran fijar posición respecto a esta proposición no de ley? (**Pausa.**)

Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Hemos escuchado con atención al señor Del Rey en su documentada exposición, nos ha dicho que nos asomábamos al siglo XXI, yo he pensado que quería llegar a este siglo en el uso de la palabra, pero ya veo que vamos a poder disponer de algún tiempo. **(Risas.)**

Efectivamente, el señor Del Rey ha hecho un recorrido documentado e interesante en la evolución de la utilización de los recursos ajenos por parte del sistema sanitario español y no sólo en el tiempo actual, sino en sus orígenes. Corresponde a la expansión de la sanidad pública, que se ha producido en todos los países desarrollados, la necesidad paulatina de disponer o de requerir la utilización y el apoyo de provisiones procedentes del sector ajeno, tanto público como privado, con el fin de cubrir sus propias necesidades; primero, por el incremento de esas necesidades; en segundo lugar, porque había otros factores, otras razones que han sido utilizadas de modo distinto en unos países y en otros para echar mano de estas aportaciones ajenas.

En resumidas cuentas, lo que la proposición no de ley solicita o propone es la modernización de la política de concertos con medios ajenos, y nosotros estamos plenamente de acuerdo con esa proposición. Hemos dicho en más de una ocasión que la modernización de la política de concertos pasa por la modernización del sistema sanitario en su conjunto y que, por tanto, al reclamar la modernización del sistema estamos naturalmente incluyendo en la misma la modificación del concepto de utilización de los servicios ajenos por varias razones: Primero, porque es necesario que ese sector ajeno, tanto si es público como si es privado, disponga de unas previsiones claras, en términos de una política definida que le permita desplegar sus actividades sin incertidumbre, aceptándolas en unos horizontes claros de concertación, con el fin de que cumpla no solamente su cometido social, sino el no menos importante en muchos casos cometido económico, porque no debemos olvidar (y yo no sé si se olvida, me temo que ni siquiera se tiene presente) que el sector de la sanidad es el segundo sector económico del país.

Además, hay razones de economía, hay razones de equidad. Uno de los problemas que plantea la sanidad española son las diferencias notables entre unas comunidades autónomas y otras, y mucho más quizá entre unas regiones y otras, y en ocasiones hasta entre unas comarcas y otras, y para paliar esas deficiencias o esas diferencias es necesario tener en cuenta también cuáles son las disponibilidades que existen en el sector ajeno al patrimonio del propio sistema público.

Ya tuvimos ocasión de señalar que nos preocupó enormemente el señor Ministro de Sanidad cuando dijo que la política de concertos se variaría y se incrementaría. El variarla, en el sentido de mejorarla y de modernizarla, no necesariamente tiene que ser entendido como incrementarla cuantitativamente, pero probablemente ambas cosas van unidas. Si había una reducción del gasto farmacéutico y eso es realmente preocupante: someter, y vuel-

vo a insistir en este tema, a la incertidumbre de que pueda o no producirse una reducción del gasto farmacéutico para que la política de concertos reciba o no esta u otra orientación, es no entender cual es la debida utilización de los medios ajenos.

Creemos que la priorización que se hace por parte del sistema sanitario público de la utilización de los medios propios es en principio correcta, y en este sentido discrepamos de la apreciación del señor Del Rey, pero creemos que ha sido expresada en el contexto de que esa priorización se debe a que no se tienen en cuenta todos los demás elementos y razones que deben de llevar a una modernización urgente y necesaria en esta parcela de la política general sanitaria como expresión de la modernización de la política sanitaria en su conjunto.

Por tanto, nosotros vamos a apoyar esta proposición no de ley.

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

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Voy a intentar exponer la posición de mi Grupo ante esta proposición no de ley del Grupo de Coalición Popular, proposición que es la primera de una batería de proposiciones no de ley que hoy vamos a debatir en esta Comisión y, al menos a mi entender, si no en todas, en casi todas, su argumentación y su redacción denota por parte del Grupo Popular una preocupación especial por el sector privado. A mí me parece que, entre otras cosas, se puede hablar en este caso de coherencia ideológica del Grupo Parlamentario Popular.

Con relación a esta primera proposición relativa a la política de concertos, en primer lugar me interesa resaltar que la propia Ley General de Sanidad, de paternidad conocida, no sólo establece la posibilidad de cerrar convenios para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, sino que aporta una serie de criterios o condiciones que mi Grupo, dada la paternidad de la ley, no sólo comparte sino que defiende arduosamente, y es de acuerdo con esta Ley General de Sanidad que leyendo la siguiente proposición de ley, que vamos a debatir hoy, parece como si ustedes pretendieran cepillársela de un plumazo.

Esta Ley General de Sanidad, entendemos nosotros que intenta que la política de concertos se supedite a una serie de condicionantes que nosotros claramente compartimos. El primer condicionante, desde nuestro punto de vista, sería una utilización óptima de los recursos propios; un segundo condicionante, con el que no parece estar muy de acuerdo el Grupo Popular, es el criterio de complementariedad y subsidiariedad que deben tener los recursos ajenos en relación con los propios; un tercer condicionante es la prioridad que en una igualdad de oferta se debe prestar siempre a los medios ajenos no lucrativos pero, sobre todo, para nosotros el primer condicionante entendemos que debe ser la subordinación en todos los casos a los objetivos de planificación sanitaria marcada por la

Administración y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.

Dicho esto, es obvio que actualmente, y yo creo que desde siempre, como muy bien señalaba el señor Del Rey, la política de conciertos ha adolecido y adolece de ciertas limitaciones y defectos que mi Grupo no pretende en ningún caso ocultar. Estamos de acuerdo con el señor Del Rey en que la actual tabulación de niveles de los centros es excesivamente prolija y, a veces, cae incluso en la arbitrariedad. A mi Grupo no le gusta el sistema de pago por estancia-día, porque esto supone una incentivación larvada para el alargamiento de las estancias, y recuerdo que en uno de los últimos debates en el Pleno de la Cámara, el señor Espasa, de la Agrupación de Izquierda Unida, aportaba datos y cifras interesantes sobre este tema.

Por otra parte, en la administración existen evidencias razonablemente fundadas sobre situaciones de clara ineficiencia, con gran desequilibrio entre costes y resultados, pero creemos que es desde la administración sanitaria desde donde se intenta poner remedio a estas deficiencias, en la seguridad de la necesidad, en las circunstancias actuales, de contar con la aportación de medios no propios. Dichos mecanismos correctores están siendo desarrollados por el Ministerio de Sanidad y por el propio Consejo Interterritorial. Creemos que se trata de un proceso muy complejo y entendemos que el plazo de dos meses que intenta plantear al Gobierno la proposición no de ley es, cuando menos, inadecuado.

A pesar de esto, me interesa resaltar cuál es la situación actual, sobre todo en el ámbito del INSALUD, y la realidad es que la inmensa mayoría de los centros hospitalarios privados están concertados y aquellos ajenos, de titularidad pública, están o bien concertados o bien negociando un nuevo concierto. Incluso en este último año se ha procedido a la actualización de tarifas dentro del mismo año, se ha ampliado el número de centros que van a ser gestionados y administrados por el INSALUD en los próximos años, e incluso en algunas provincias, como puso de manifiesto el señor Arrojo en su última comparecencia en esta Comisión, se ha dotado a centros concertados del sector privado de un sector de población sobre el que es responsable de su existencia, y como ejemplo está el caso de la Clínica Covisa, de Vigo.

En definitiva, creemos que la oferta sanitaria pública debe complementarse con medios ajenos, adecuadamente acreditados, pero además, a la hora de concertar, creemos que no es suficiente con la condición de acreditación y que se debe introducir el criterio de necesidad. También creemos que la política de concierto debe ser regulada por una norma legal, que también anunció el señor Arrojo, Secretario General de Asistencia Sanitaria, que está siendo elaborada para adaptar dicha política de conciertos a la Ley General de Sanidad en un futuro próximo.

Por todo ello, señorías, vamos a votar en contra de la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la votación. (Pausa.)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, siete; en contra, 16.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE ESTABLEZCA LAS NECESARIAS DISPOSICIONES EN LA GESTION DIRECTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) AL OBJETO DE FACILITAR A SUS USUARIOS LA POSIBILIDAD DE OPCION A CUALQUIER SERVICIO ESPECIALIZADO U HOSPITALARIO, SEA PROPIO, ADMINISTRADO O CONCERTADO**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a debatir la siguiente proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que establezca las necesarias disposiciones en la gestión directa del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) al objeto de facilitar a sus usuarios la posibilidad de opción a cualquier servicio especializado u hospitalario, sea propio, administrado o concertado, presentada por el Grupo de Coalición Popular.

Para su defensa, tiene la palabra el señor Botella.

El señor **BOTELLA CRESPO**: Lo primero que querría decir es que mi Grupo indudablemente presenta una batería de preguntas, pero que los profetas, en política, casi siempre se equivocan.

Querría decir que nuestra preocupación por esta batería de preguntas no es en ningún caso por el sector privado sino por el enfermo del sistema sanitario español y por eso queremos poner remedio con otra filosofía, tan válida como cualquier otra, porque creo que el es último objetivo de todos y nadie está capacitado en España para descalificarlo, sobre todo en unos momentos de catastrofismo y de insatisfacción sanitaria, dicho hasta por el Defensor del Pueblo.

Perdónenme algunas de SS. SS. si para ilustrar lo que pretendo defender, que no es lo mismo que lo anterior, no llego al siglo XXI pero sí me extiendo un poco, porque creo que lo único que se pretende desde mi Grupo es que el pueblo español tenga suficiente ilustración para saber a qué se están oponiendo aquéllos que se opongan y qué aprueban aquéllos que lo aprueban.

Ante esto, voy a hacer una exposición diciendo cuáles son los antecedentes legales en que nos basamos, cuál es la situación de España y por qué es necesario que todos los Grupos de la Cámara aprueben lo que estoy diciendo.

Entre los antecedentes quiero recordar que los enunciados del artículo 41 de la Constitución y el Título I de la vigente Ley General de Seguridad Social reconocen el derecho a la protección social a todos los españoles bajo el principio de la homogeneidad de sus derechos. Por lo que atañe estrictamente a la protección de la salud, la Constitución, en su artículo 43, lo establece como un derecho universal para todos, y la Ley General de Sanidad, de 1986, en su artículo 16 y concordantes, establece el principio de igualdad para todos en cuanto a la norma de uti-

lización de los servicios sanitarios, precepto que, por su carácter de norma básica, alcanza a todos los ámbitos de los poderes públicos.

Los países de la Comunidad Económica Europea establecen en favor de sus ciudadanos la facultad de poder elegir el centro de su hospitalización tanto entre los de titularidad o dependencia pública como entre los agregados o convenidos por las autoridades sanitarias o por las entidades de seguro de enfermedad. En España la presente realidad es que continuamos rigiéndonos en la materia por las cuotas marcadas desde 1966, por la Ley General de la Seguridad Social, de 21 de abril de 1966, bajo el principio general de impedir al usuario ningún tipo de opción entre los centros o servicios hospitalarios existentes. Al propio tiempo, es notoria la existencia de colectivos que escapan a esta regla general. A la altura del día de hoy continúa rigiendo en lo sustancial el Decreto de 16 de noviembre de 1967 así como el principio de sectorización. En su virtud, la designación del centro hospitalario de internamiento o del servicio especializado para atención corresponde unilateralmente a los servicios de la Administración o entidad gestora, sin reconocimiento alguno a la iniciativa o a la capacidad de decisión del ciudadano, usuario del servicio, con lo que se impide cualquier posibilidad de opción entre los centros disponibles. Dicho principio general es sujeto de excepciones. En el sistema especial de empresas colaboradoras, que acoge el tres por ciento del régimen general, se concede a los usuarios una amplia facultad de opción, con resultados evidentes de mayor satisfacción para los mismos y aún a menor costo. Algo similar acaece con respecto al régimen especial de funcionarios públicos, en el que el 85 por ciento del colectivo afectado ha elegido voluntariamente modalidades asistenciales diferentes a la oficial general, con evidentes posibilidades de opción entre los distintos servicios y hospitales existentes, y también a menor costo para la Seguridad Social, situación en la que se encuentran, aproximadamente, millón y medio de personas, a las que cabe añadir otras fórmulas de gestión privada con elección de centros. Aproximadamente un ocho por ciento representa una excepción a la regla general del vigente sistema español, al disponer de la posibilidad de elección de centros hospitalarios. La posibilidad de reconocer a los ciudadanos la capacidad de elección de centro hospitalario no encuentra prohibición expresa alguna en la Ley General de Sanidad, por lo que sus normas de desarrollo pueden establecerla sin contravenir ningún mandato legal de necesaria o superior observancia. Falta sólo voluntad para acometerlo y afán verdadero para modernizar nuestra sanidad, en paralelismo con lo que ya es práctica habitual en el contexto europeo.

De otro lado, la experiencia española pone de relieve que tal modalidad lejos de encarecer los costos públicos sanitarios produce su abaratamiento y que cuantos ciudadanos tienen actualmente la posibilidad de escapar a la rígida regla generalmente imperante lo hacen en su inmensa mayoría sin ningún tipo de vacilación.

Por si todo lo anterior no fuese suficiente, basta comprobar la situación a la que ha llegado nuestro sistema

asistencial, para concluir objetiva y necesariamente en la necesidad de introducir urgentemente cambios y modificaciones sustanciales que lo alejen de las actuales estructuras, introduciéndose en las pautas de la modernidad. Es patente que la situación de nuestra sanidad es motivo general de preocupación e insatisfacción notoria y que, lejos de mejorar el servicio público sanitario, ofrece cada vez mayor motivo de queja en los ciudadanos, en el contexto de unos servicios públicos claramente deteriorados.

En lo que se refiere al sector hospitalario, un análisis de urgencia pone de relieve lo siguiente. La existencia de largas listas de espera, la reducción del índice de camas por habitante con derecho a asistencia, la masificación hospitalaria, la necesidad de habilitar camas por encima de la capacidad de los hospitales, la problemática de las urgencias de los hospitales, la problemática de los enfermos crónicos, la rutinización y burocratización de la asistencia especializada pública, son algunos de los factores negativos e indeseables por todos que caracterizan nuestro sistema hospitalario.

En los últimos ocho años, además, se ha producido un evidente proceso de deterioro de los niveles de equipamiento y de conservación de los centros públicos, que ha coincidido con una fuerte incorporación de usuarios al sistema, con sus secuelas negativas para la efectividad del derecho asistencial de los ciudadanos. Las consecuencias negativas de la sectorización, concebida con criterios de indudable rigidez, además de no pocas disfuncionalidades, produce serios problemas a los usuarios, tales como averías, conflictos laborales de la limpieza y servicio, aglomeraciones en urgencias, saturación por proceso de ocupación, etcétera, faltan camas hospitalarias —les ahorro los datos porque son todos suyos— mientras que no se utilicen, o no se utilicen adecuadamente, otros medios llamados ajenos, al tiempo que desde las esferas oficiales se desincentiva —y esta es la verdad— su creación y desarrollo.

Este es, a grandes trazos, el panorama de nuestra asistencia hospitalaria de responsabilidad pública, y si preguntamos a la gente de la calle, al pueblo que representamos, comprobaremos la insatisfacción ante esta situación.

Ante todo ello solamente caben dos soluciones, primero, que la Administración establezca un dispositivo propio de alta calidad y plenamente suficiente para resolver a tiempo la demanda asistencial, aun a pesar de su indudable alto costo, o bien, un segundo punto, que sería utilizar todos los recursos existentes sin excepción, y vemos que ni lo uno ni lo otro se hace, ni tan siquiera se intenta. Si se acepta que el ciudadano puede participar en la definición de la vida política del país y en la elección de todos sus mandatarios, ¿por qué se le veda que pueda optar en lo que concierne directamente a su propia salud? ¿Por qué tanto afán de control y tanto miedo a la libertad? Es lo habitual en los países más desarrollados y de mayor nivel el reconocimiento de las libertades personales. No comporta mayor costo sino todo lo contrario, es una vía de solución, con inequívoco pragmatismo real ante el fracaso de las políticas sanitarias propias y extrañas. No

existe ningún impedimento para que ustedes lo desarrollen.

En consecuencia, nuestro Grupo solicita a los demás compañeros de esta Cámara la aprobación de esta proposición, al objeto de instar al Gobierno a que adopte las necesarias medidas para facilitar a los usuarios de la asistencia sanitaria del INSALUD la posibilidad de elección entre cualquier hospital o servicio especializado existente, sea propio o vinculado.

Por si acaso, si la Presidencia me permite dos minutos, también querría hacer una mención a lo que algunos han estado mirando como espejo del sistema político sanitario español, que era el Reino Unido. A la vista de los problemas que aquejaba al Servicio Nacional de la Salud del Reino Unido, como consecuencia de las investigaciones solicitadas por los colegios británicos, se formuló un libro blanco, presentado en enero de 1989 al Parlamento, tendenciosamente deformado en peculiares traducciones difundidas en España —y esto también quiero subrayarlo—. Dicho libro blanco, por si acaso en algún momento sale a colación, afronta una profunda reforma de la sanidad británica, prototipo para algunos durante años, consistente en la temática hospitalaria, en la ampliación de los conciertos con centros ajenos del sistema nacional de la salud, en el alquiler de edificios del sistema nacional de la salud al sector privado sanitario, en el autogobierno, la autorresponsabilidad de los hospitales con más de 250 camas. Todo ello por el principio básico de ofrecer a los ciudadanos mayores posibilidades de elección de servicios.

Por todo ello, señores Diputados, creo que es perfectamente asumible que el Partido hoy en el Gobierno pueda dejar a elección dentro del sistema sanitario a todos los enfermos para que elijan lo más adecuado según su entender.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Botella. ¿Grupos Parlamentarios que desean fijar su posición? (Pausa.)

Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: En la anterior proposición no de ley presentada por el Partido Popular, dijimos que era necesario, primero, modernizar el sistema sanitario actual y que ello debería tener como consecuencia la modernización que se propugnaba en la proposición no de ley.

En esta proposición no de ley que vamos a debatir ahora esta necesidad es todavía mayor, si bien tenemos que aceptar, como ha aclarado el señor Botella, que existen bases jurídicas suficientes en las sucesivas normas que jalonan los aspectos jurídicos del sistema sanitario español como para desenvolverse en los términos que la proposición no de ley solicita. Pero aquí no se trata de eso. Se trata —y así lo hemos entendido nosotros y la exposición del señor Botella nos lo dice— de que es necesario dar pasos importantes para que la elección de médico o de centro no sea consecuencia de una serie de deterioros sucesivos,

como está sucediendo ahora, sino que sea consecuencia de un planteamiento —cabría aquí utilizar también la palabra ya empleada— modernización.

Aquí el tema es más profundo. Fíjense ustedes que esto afecta al concepto que se tenga de la autonomía hospitalaria. Yo no voy a desplegar aquí cuál es nuestra opinión acerca de este tema, pero, en primer lugar, quiero señalar que desde nuestro punto de vista es difícil atender a lo que aquí se solicita si no se modifica a fondo el funcionamiento de los hospitales.

En segundo lugar, para que lo que se propone sea realmente posible tiene que introducirse un criterio de competitividad entre los hospitales públicos entre sí y entre los hospitales públicos y los privados. Tampoco voy a diseñar aquí cuál es la base de ese funcionamiento, pero para nosotros tiene una íntima relación, es decir, sería el punto de partida para garantizar la elección de médico y la de centro. Elección que, vuelvo a repetir, puede ser defendida jurídicamente hoy día con suficiente eficacia, la prueba es que aquel ciudadano que toma la decisión de que se vean atendidos sus derechos lo consigue.

Pero veamos cómo en la práctica hoy día existe una selección de médico y de centro —fundamentalmente de centro— y —yo diría— una mala elección de centro. El Gobierno socialista, como en tantas otras cosas, ha ido abdicando paulativamente de sus propuestas y no por la vía de la reforma, no por la vía de sustituirla por algo mejor, sino por la vía de la dejación. Ante las dificultades con que se encontraba el sistema que proponía, ha ido haciendo dejación de su propia propuesta y el resultado es que, efectivamente, la práctica determinada por la presión social y por la búsqueda de una solución mejor, espontáneamente desde la propia ciudadanía, se ha ido instalando. Creemos que esto no es bueno. La elección no debe depender de que haya una mala calidad en el sistema sanitario y, por tanto, se permita al usuario que para evitar que presione socialmente encuentre alguna válvula de escape, no debe depender de esto y no debe depender tampoco de que exista una deficiente atención en unos centros determinados y, por tanto, se permita la desviación a otros centros. Tampoco debe depender —como en muchos casos sucede— de la influencia del «status» social o económico que la persona tenga.

Estamos facilitando todos los días la libertad de elección de centro a personas que nos lo solicitan y esa no debe ser la práctica habitual, porque al hacerlo sabemos que muchos otros ciudadanos quedan al margen de acceder a esa posible libertad de centro por muchísimas razones, de índole social, económico, de información, de educación cultural, que no les hace solicitarlo o exigirlo.

Por tanto, nosotros vamos a apoyar la proposición no de ley porque, efectivamente, está de acuerdo con uno de los objetivos que debe incluir cualquier reforma de la sanidad y que tiene que producir cualquier reforma de la misma.

Quiero hacer un último comentario. No está en nuestra mente cambiar la Ley General de Sanidad, que no se preocupen los que reclamen su paternidad. Lo que queremos cambiar es la realidad sanitaria. No es preocupación

nuestra embarcarnos en reformas de leyes. Sí es preocupación nuestra —y muy sentida— la de embarcarnos en una reforma importante del sistema sanitario español.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Muy brevemente voy a anunciar mi apoyo a esta proposición no de ley, dado que, por coherencia con nuestros criterios de actuación en este campo, nos parece que todo lo que sea facilitar la libre opción del usuario en el terreno de la sanidad, como en otros terrenos, ha de ser apoyado y avalado por nuestro Grupo.

No habiendo en este caso, además, ningún aparente inconveniente jurídico para esta libertad de opción del usuario sería bueno aprobar esta proposición no de ley. Si hubiera alguna reserva —y mi Grupo la tiene en el aspecto que se podría derivar de las distorsiones económicas o de gestión en algunos centros hospitalarios— su solución tendría cabida en la discusión posterior si se aprobase esta proposición no de ley como mi Grupo así lo desea.

Por ello, voy a votar a favor de la proposición no de ley.

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

El señor **LUNA GONZALEZ**: Señor Presidente, cuando empezamos la Comisión esta mañana yo no tenía muy claro qué era lo que iba a decir en esta proposición no de ley, ahora lo tengo un poco más claro. Para aclararnos y para no levantar falsas expectativas, tenía muy claro que iba a decir que no y sigo teniendo claro que voy a decir que no a esta proposición no de ley, pero ahora tengo bastante más claro por qué.

No lo tenía claro porque el texto de la proposición no de ley contiene una serie de paradojas a la hora de la redacción que es interesante analizar. Por ejemplo, se habla de la gestión directa del INSALUD. En primer lugar, la gestión directa del INSALUD ahora mismo, si no me equivoco, sólo abarca al 51 por ciento de la población española aproximadamente, parece que el otro 49 por ciento no tiene nada que ver con esta batalla que se nos ha contado de la libertad de opción, lo que importa, etcétera.

En segundo lugar, en la exposición de motivos se hace referencia a las atenciones especializadas y hospitalarias, es decir, se refiere a dos cosas distintas. Luego, en el texto concreto de la proposición, se hace referencia a cualquier servicio especializado u hospitalario. Ya no sabe uno muy bien si se refiere a las dos clases, las confunde o son lo mismo, no se sabe muy bien. Lo que en definitiva es que para resolver los problemas de organización que se plantean en el preámbulo de la proposición de solución sea el derecho de opción. Es decir, como hay problemas de organización en la gestión del INSALUD dejemos a cada uno que haga lo que le dé la gana, con lo cual vamos a resolver los problemas de organización. Parece que

detrás de la mente que ha escrito esto late aquella viaje idea de que la mano invisible del mercado lo va a resolver todo y, al final, todo irá por el mejor camino posible gracias al mercado.

Después de estas paradojas de redacción que yo destaco hay unas contradicciones manifiestas con lo que plantea la Ley General de Sanidad, se quiera o no se quiera ver. La Ley General de Sanidad plantea como derecho del ciudadano la elección de médico en los términos que reconoce la propia ley y su regulación de desarrollo y los términos de la propia ley son de elección de médico de atención primaria en el área de salud, como dice el artículo 14. Y cuando habla de la atención hospitalaria dice cosas sustancialmente distintas. Los que hemos estudiado algo de Derecho sabemos que donde la ley no distingue no hay que distinguir, pero donde la ley distingue sí hay que distinguir. No se dice lo mismo respecto de la atención hospitalaria cuando se habla de que el ciudadano tiene derecho, en el marco de su área de salud a recibir la atención hospitalaria. No se dice lo mismo cuando se habla en el artículo 65, por ejemplo, de que el hospital está encargado de la atención de su zona de influencia. No se dice lo mismo cuando se establece que el hospital complementará la acción de las áreas de salud en los planes del área de atención primaria, de programas de salud, etcétera. Desde luego al final se dice, como exponía mi compañero Correas hace un momento, que hay un carácter de subsidiariedad clarísimo entre los servicios hospitalarios privados y los públicos.

Como decía el señor Correas, nosotros trabajamos en equipo. Los que tenemos que defender al que lleva el jersey amarillo en esta carrera sabemos hacer labor de equipo, y como él muy bien decía hablado de esta proposición no de ley, ustedes se quieren cepillar de un plumazo la Ley General de Sanidad, digan lo que quieran; se la quieren cepillar de un plumazo, porque esto no está en la Ley General de Sanidad.

De todas maneras yo creo que la proposición no de ley no va en serio, porque si lo fuera y de verdad quisieran plantear el derecho de opción tendrían que hablar de los límites de la opción, de las condiciones en que debe plantearse la opción, de quién financia, por ejemplo, los traslados de unas personas de unos sitios a otros. Imagínese un señor de Alicante que quiera ir a un hospital de La Coruña porque le guste ese hospital, quién le va a pagar el viaje, cómo se va a hacer eso. Como no plantean nada en serio, parece que la proposición no de ley no va en serio.

He tomado nota literal de lo que ha dicho el señor Botella al principio de su intervención y, desde luego, me da la sensación de que le ha traicionado un poco el subconsciente. Usted ha empezado diciendo que defendían el derecho del ciudadano, no al sector privado, y ha dicho que estamos en momentos de catastrofismo e insatisfacción. Desde luego lo de la insatisfacción es discutible, porque todo tiene sus grados, ahora, lo que no es discutible es que estemos en momentos de catástrofe o de catastrofismo, que son dos cosas distintas. Probablemente su intención era hablar de catástrofe, pero le ha traicionado el subconsciente y ha dicho que estamos en momentos de ca-

tastrofismo, que es lo que están haciendo ustedes con todas estas proposiciones no de ley y con lo que se planteó ayer y la semana pasada en el Pleno del Congreso: catastrofismo. Como la cosa va de catastrofismo, señor Presidente, lo tengo clarísimo, vamos a decir que no a este catastrofismo que parece que quiere imperar. **(El señor Botella pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Botella ¿para qué pide la palabra,

El señor **BOTELLA CRESPO**: Para que la Presidencia me proteja en mi honorabilidad en cuanto a mi seriedad como Diputado.

El señor **PRESIDENTE**: No creo que en ningún momento se haya puesto en duda su honorabilidad ni su seriedad como Diputado. Se ha fijado por los distintos grupos presentes en la Comisión una posición respecto a una proposición no de ley que ha presentado su Grupo, por lo que se acaba el trámite y se somete a votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, siete; en contra, 16.

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

— **SOBRE DESBLOQUEO DEL SISTEMA DE «EMPRESAS COLABORADORAS» EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (G.P. DE COALICION POPULAR)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley relativa al desbloqueo del sistema de «empresas colaboradoras» en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, presentada por el Grupo Parlamentario de Coalición Popular.

Para su defensa tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: La colaboración de empresa en la gestión de la Seguridad Social viene reconocida por la Ley General de la Seguridad Social del 30 de mayo de 1974, para el régimen general en sus artículos 46, 47, 199 y 208. Concretamente es su artículo 208 el directamente aplicable a las empresas individualmente consideradas, teniendo una colaboración obligatoria en ayuda familiar, ILT, aportación por subnormalidad y desempleo parcial mediante compensación con las respectivas liquidaciones y una colaboración voluntaria, que es la que aquí interesa.

La colaboración voluntaria puede abarcar sólo a la temática de accidentes de trabajo en el artículo 208, punto 1, letra a) y es lo significativo, a nuestros efectos, la gestión de la asistencia sanitaria derivada de la enfermedad común y accidentes no laborales, incluyendo también la prestación económica por la Incapacidad Laboral Transitoria y las derivadas de accidentes de trabajo y enferme-

dades funcionales y de la ILT también derivadas de esta misma situación.

La Orden Ministerial del 25 de noviembre de 1966 en su artículo 7.º exige a la empresa tener más de 500 trabajadores para poderse convertir en autogestionaria de su asistencia sanitaria —cien para las empresas sanitarias—, instalaciones sanitarias adecuadas, prestación por facultativos de la Seguridad Social, con alguna excepción, y evidentemente una correcta aplicación de toda la legislación social. La empresa se obliga asimismo a asumir a su cargo las prestaciones sanitarias y económicas, invertir los excedentes en la mejora de los servicios, tener la contabilidad separada, asumir los déficit. La entidad colaboradora percibía una fracción de la cuota correspondiente a tales contingencias, según los artículos 9.º y 10, mediante una autorización expresa, pero la inclusión de la Seguridad Social en la Ley General Presupuestaria y en el ámbito de la Intervención General del Estado, junto a la desaparición de las cuotas específicas por contingencias, provocó el Real-Decreto 1245, de 1979, que estableció para abono a la entidad colaboradora un sistema de coeficientes en relación con el presupuesto para la prestación en cuestión; coeficiente que oscilaba entre el año 1980 y 1984 —puesto que aquí se ha quedado prácticamente congelado hasta 1987 en que ha sufrido una pequeña variación— entre el 0,204 en 1980; 0,160 en 1981 y 0,155 para los años 1982, 1983 y 1984. En 1987 creo que ha sufrido una pequeña variación de la subida de una décima. Esto origina evidentemente una reducción de la financiación de estas empresas puesto que existe una disminución evidente, muy fuerte, de los ingresos por la minoración del coeficiente del que antes hablábamos. Supuso el paso del 0,204 al 0,160, el 21,56 por ciento de los ingresos, y han seguido congelado en esta situación. Imposibilita, por tanto, la compensación del lógico, inevitable y necesario incremento del gasto de los servicios. Carga sobre las empresas esta doble acción descompensadora manteniendo el nivel de las prestaciones.

La Ley General de Sanidad no recoge esta modalidad, si bien continúa aplicándose la Ley General de la Seguridad Social todavía no derogada expresamente. La decisión vigente de 1989 de derivar la aportación del Estado a la asistencia sanitaria habría terminado con esta modalidad de gestión de las empresas colaboradoras de no mediar el Real-decreto 1245, del año 1979, al que nos referíamos antes.

Un sistema que, evidentemente, aporta notables y considerables beneficios al enfermo, no a la empresa, por supuesto. Una atención sanitaria más personalizada al disponerse en el marco de una amplia libertad de elección del médico y del centro, lo que ha permitido la aplicación de estos principios reconocidos en la Ley General de Sanidad y todavía no extendidos a la esfera de dispensación asistencial con medios asistenciales. Una más amplia gama de posibilidades asistenciales, tanto en instituciones de titularidad pública como privada de reconocida calidad. Una mayor satisfacción para el usuario como lo evidencia su inequívoca reacción ante los planteamientos de suprimir o reducir esta modalidad especial de gestión de

la asistencia sanitaria. Una menor masificación de la asistencia directa del INSALUD junto con la inexistencia evidente de problemas de lista de espera y de atención de urgencias médicas, lo que contrasta evidentemente con la situación actual y que, por lo tanto, nos releva de cualquier tipo de comentario al respecto. Una sensible reducción de los niveles de absentismo laboral en relación al promedio general y una muy apreciable reducción de la duración de los procesos de la Incapacidad Laboral Transitoria ya que, según nuestros datos, la duración media de la ILT de empleado por año oscila entre nueve y once días. Hay una considerable reducción del gasto hospitalario en la relación coste/día, ya que oscila alrededor del 70 por ciento sobre el mismo índice que en el régimen general de la Seguridad Social. Es decir, que por 34.000 pesetas de éste último pasa a 26.000 en la modalidad de la empresa colaboradora. Hay una duración media de la estancia hospitalaria en esta modalidad que la sitúa en el entorno de 7,6 días de promedio, mientras que en los hospitales del INSALUD es de 10,6 de promedio, por lo menos según los datos de 1987. Hay una muy fuerte reducción del gasto público de la Seguridad Social. Téngase en cuenta que el costo por persona en esta modalidad de la ILT más la asistencia sanitaria es aproximadamente un siete por ciento inferior, como promedio, al costo sólo por asistencia sanitaria, pensada directamente por las estructuras públicas del INSALUD, y mucho menor, lógicamente, si sólo se comparan los gastos relativos a la asistencia sanitaria, con gastos inferiores en el 20 por ciento y a cambio de una mayor calidad asistencial. Hay una disminución de los entramados burocráticos que siempre retrasan la actuación asistencial normal.

Y, por último, hay una preservación del principio de solidaridad general, puesto que éste es pleno y queda garantizado por el denominado coeficiente de solidaridad sobreañadido a la reducción de costos, que evidencia que esta modalidad de gestión ofrece una muy aceptable garantía. Además, no se benefician de las aportaciones del Estado aplicables a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social las empresas colaboradoras. Las consecuencias son evidentes. Hay una mejor asistencia y una mayor satisfacción para el usuario; hay una mayor personalización asistencial sin trabas burocráticas; hay mejores indicadores asistenciales; hay una fuerte reducción del gasto público y hay una preservación plena del principio de solidaridad como resumen.

No cabe la menor duda de que esto existe en el mundo, no estamos inventando nada. En España, por supuesto dentro de un marco jurídico y asistencial diferente al actual, hace ya más de 50 años que se utiliza, pero es que esta modalidad de autogestión empresarial en la asistencia sanitaria es la base de la asistencia pública japonesa, que es la de más alta calidad y de menor coste que existe actualmente en el mundo. Por tanto, creemos que no debemos desatender una cuestión que tenemos dentro de la asistencia pública española y que está incluida en la Ley General de la Seguridad Social, que no está todavía derogada expresamente, si bien no está incluida en la Ley General de Sanidad.

Hay un colectivo no muy extenso, pero sí bastante indicativo dentro de esta modalidad, que lo forman algunas empresas eléctricas, de la banca, la Televisión, por ejemplo, Telefónica, cuyos beneficiarios y familiares suman unas 750.000 personas y, con los jubilados más los familiares, 1.100.000 aproximadamente. Es un índice bastante importante y significativo y si pudiéramos extrapolar lo que se hace con las mutuas patronales de trabajo, que es la asociación de varias empresas —la modificación de esta modalidad es aislada— a empresas que quisieran convertirse en un «pool» no cabe la menor duda de que la contingencia sería muchísimo mayor y facilitaríamos a la asistencia pública un considerable beneficio sobre la situación actual.

Nos encontramos, por tanto, ante un sistema oficial de asistencia sanitaria —el que sufrimos—, afectado por notorias insuficiencias y defectos. No queremos bajo ningún concepto aumentar, ni siquiera calibrar, al menos personalmente ni como Grupo, la situación de catastrofista. La situación se revela por sí misma, no hace falta adjetivarla ni sustanciarla, la sustancia la misma sociedad y lo dice a gritos, no lo dice sólo el Grupo Popular. Por tanto, no se nos puede atacar en ese sentido. Evidentemente, está ahí y la sufrimos todos los ciudadanos españoles, puesto que la universalización de la cobertura es prácticamente total. Pero esta realidad de la empresa colaboradora también está dentro de la asistencia pública, que puede extenderse a la privada; no hay por qué no hacerlo, porque pudiera subvenir, repito, a grandes beneficios en la cuestión asistencial. Este es un hecho evidente, pero el Gobierno yugula la posibilidad, tanto es así que la Ley General de Sanidad ni siquiera la reconoce, ni siquiera la entrevé, pero el hecho cierto es que los beneficiarios de esta modalidad tienen un alto concepto de la misma. Por tanto, la defienden a capa y espada.

Por ello, y en consecuencia, nuestro Grupo insta al Gobierno para que, sin más dilaciones; acometa al desbloqueo con que tiene cercada a una modalidad de gestión de la asistencia sanitaria, que ofrece —y los hechos lo atestiguan— una mayor calidad, una mayor humanización y satisfacción a sus usuarios que la fórmula oficial; entraña un menor grado de interferencias indeseables de burocracia y, además, es sensiblemente menos costosa en la gestión.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieran fijar su posición? (**Pausa.**) El Grupo del CDS y el Grupo Socialista.

Por el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: La verdad es que esta mañana está resultando interesante. No estamos acostumbrados a que en esta Comisión se sometan a debate aspectos que puedan servir para orientarnos en las distintas formas como entendemos la organización del sistema sanitario. Si las preguntas del Grupo de Coalición Popular han contribuido a ello, y yo creo que sí, creo que debemos felicitarlos. Se plantea ahora el tema de las llamadas empresas colaboradoras. Yo no creo que en este

momento se plantee la persistencia o no de este tipo de formalidad porque está íntimamente relacionado con la posibilidad de que se hagan o no determinadas modificaciones u orientaciones en el sistema sanitario y está en íntima relación con los aspectos más complejos y más difíciles de solucionar. Tengo que decir con claridad que en este punto sería necesario un debate más profundo, probablemente, y disponer de un consenso mayor a la hora de definir el modo de actuar en este tipo de cuestiones.

Muchas de las excepciones que existen en el sistema sanitario español se deben a la conciencia que se tenía de que el sistema tenía insuficiencias y no estoy hablando de las insuficiencias que pueda tener en el momento actual, sino de las insuficiencias que ha venido teniendo desde que el sistema comienza a desenvolverse. Por tanto, se intentaba contentar con excepciones a determinados grupos poblacionales, grupos profesionales, etcétera, con el fin lógico, por una parte, de que no perdieran los niveles asistenciales de que disponían y con el fin, no menos lógico, de que no generaran una presión social con la que nadie quería verse enfrentado.

Por tanto, aquí se plantea si estas soluciones deben de armonizarse en un entendimiento mucho más descentralizado, autonómico y liberalizado de funcionamiento del sistema, o si, por el contrario, es un sistema mucho más intervencionista, mucho más ortodoxo desde el punto de vista de la ideología de un sistema nacional de salud.

No voy a entrar en ello, lo dejo aquí apuntado, porque me parece una obligación opinar sobre el tema, ya que se plantea, y no quiero que se dé la impresión de que mi Grupo no considera este problema y no tiene acerca de él ideas, pero, al mismo tiempo, dificultades para su solución.

Dicho esto, me voy a referir a cuál es nuestra postura en cuanto al planteamiento de la proposición no de ley, es decir, desbloquear o no desbloquear. En el año 1979 se establece el coeficiente ¿para qué se establece un coeficiente o un módulo? Pues para ser sometido a revisión siempre que las necesidades lo exijan. Por tanto, todo bloqueo persistente y no justificado está yendo en contra de la razón que en su día llevó a la creación del coeficiente, y si hay razones para desmontarlo dígame o, de lo contrario, se está buscando un aprovechamiento que no es correcto, se está buscando, en definitiva, una subvención oculta, se está buscando procurarse unos recursos por la vía de someter a otros a una no disponibilidad de esos recursos, asegurándose —y vuelvo a algo que es tan frecuente en sanidad— de que no va a haber presión social, de que ese sistema de privilegio o de especial atención del que determinado grupo dispone le va a hacer aguantar para no perderlo, y, por tanto, no va a protestar. Estamos sometiendo el funcionamiento de eso, que en resumidas cuentas está creado, a un corsé, a una imposibilidad de atender debidamente y, por tanto, estamos cometiendo una arbitrariedad, dicho sea con toda claridad. Es necesario, por tanto, la actualización de los módulos y de los coeficientes si se pretende mantener esta fórmula de las empresas colaboradoras.

Nosotros vamos a votar a favor de esta proposición no

de ley que, según está formulada, no plantea la persistencia o no de las entidades colaboradoras, que es otro tema, sino que plantea sencillamente que sea revisado el coeficiente, desbloqueada su situación, y que se actualice con el fin de que pueda gozar de las mismas posibilidades que gozaron cuando fueron creadas y que es la razón que debe de persistir en tanto y en cuanto no se plantee otra opinión al respecto.

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

El señor **GIMENO MARIN**: No me extrañan las dudas que se le suscitan al portavoz del CDS, porque este tema de las empresas colaboradoras es quizá poco conocido en cuanto a sus consecuencias e implicaciones dentro de lo que es el sistema sanitario.

En las indicaciones legislativas ha abundado muy correctamente el portavoz del Grupo Popular, simplemente yo creo que le ha faltado un pequeño matiz y un matiz gordo. El pequeño matiz sería, en todo caso, yo creo que no lo ha dicho, la Orden Ministerial del año 1980, aunque ha citado muy bien todas las normas que regulan la colaboración de empresas. El matiz mayor es la Ley de Presupuestos para el presente año 1989. Partiendo del interés del tema, quiero indicarle que añade algunos nuevos problemas, porque de alguna manera con la Ley de Presupuestos del año 1989 tiende a culminarse una nueva estructuración de lo que antes formaba parte de todo el sistema de la Seguridad Social y de lo que de alguna manera pasa, mediante la universalización del sistema sanitaria, a ser financiado fundamentalmente por los Presupuestos Generales del Estado, con una diferenciación clara de lo que es lo sanitario y financiero a través del Presupuesto, aunque también es cierto, como S. S. sabe sin duda, que la Seguridad Social paga a este sistema público sanitario una cuota por trabajador, o por afiliado, o por beneficiario. El tema de fondo, sin duda, es que hay una especie de obsesión por decir que el sistema es muy positivo para el usuario. Puede ser que sea así; de hecho yo no conozco muchas quejas al respecto por parte de trabajadores, pero en cualquier caso yo diría que también es un sistema beneficioso para las empresas, sin ninguna duda, y el que sea beneficioso para las empresas en sí mismo no es malo, si es beneficioso para todos y para la sociedad en su conjunto.

¿Cuáles son los problemas que se suscitan? En principio existe una normativa, con lo cual la posibilidad de solicitudes que cumplan los requisitos está abierta, pero posiblemente hay un problema de fondo que se plantea cuanto el Grupo Popular habla del tema del bloqueo o desbloqueo, que es el tema financiero. Es decir, es el problema que se presenta en las empresas sobre si están dispuestas o no, en función del coste que tienen, a establecer un sistema. ¿Por qué? Aparentemente parece que estarían dispuestas, por lo menos las que lo tienen, a continuar con ello, con el problema, que siempre se suscita, de la deducción que tienen que plantear para la financiación de su propio sistema. Ahí es donde empiezan a surgir pro-

blemas, porque, no nos engañemos, el colectivo de una empresa y el colectivo de trabajadores —y según qué empresas todavía más— presenta una estructura determinada de población, con unas características muy definidas, y en el sistema sanitario, en la medida en que plantea la universalización, S. S. sabe sin duda que existe esa parte de cuota de solidaridad. Ahí es donde está la discusión, en la definición de la cuota de solidaridad; el sistema público sanitario tiene que atender a colectivos que la mayor parte, en cuanto al coste fundamental, es población no activa, y lógicamente presenta la necesidad de solidaridad entre toda la sociedad. Es en la discusión del coste de esa solidaridad donde posiblemente surgen las discrepancias.

Me parece que este sistema de colaboración, como plantea S. S., abarca un número importante, usted lo decía en términos de beneficiarios, yo lo decía en términos de trabajadores, con tres tipos de modalidades en estos momentos. En función de las modificaciones que se han venido produciendo en el modelo en el que vamos avanzando de sistema sanitario, sin duda alguna, hay que plantear algunos problemas que han incidido sobre este sistema. En base a todas esas dificultades, yo no diría que existe un bloqueo, porque podría llamar a discusión, lo que existe son las mismas normas que se aplican, pero quizá en función de la determinación o no determinación de los costes, que es donde surgen las discrepancias. En ese sentido, no hace falta plantear un desbloqueo porque las normas subsisten, ha habido una modificación del planteamiento global de lo que es el sistema público sanitario y eso ha incidido. Todos hemos hablado de universalización y de sacar como modelo global el sistema sanitario de lo que era la relación laboral (todos lo hemos planteado, incluso en los debates parlamentarios, yo lo recuerdo no sólo en los debates de la Ley General de Sanidad, sino en los debates parciales) pero, sin duda alguna, luego nos surgen lagunas de planteamientos que tenían alguna otra significación. El tema de las mutuas patronales es parecido, tiene algunas analogías con el sistema que se plantea. Lo que le quiero decir es que existen unos problemas, pero que tampoco vamos a hacer un planteamiento excesivamente dogmático sobre esta cuestión, porque yo creo que se trata de conseguir lo más satisfactorio para el usuario del sistema sanitario y para el conjunto de la sociedad. Yo creo que la empresas tendrán que hacerse cargo y tendrán que ser conscientes de la solidaridad del conjunto de la población.

El debate, tanto a mí como a mi Grupo, nos parece interesante, pero, en cualquier caso, con la normativa actual yo creo que existen los mecanismos jurídicos necesarios para poder continuar con él. Hay que actuar con las cautelas necesarias en lo que se refiere al problema de fondo, que es el tema del coste, puesto que, además, ya no sólo es lo sanitario, sino que ahora se mezcla lo sanitario con prestaciones de tipo económico que también vendrían condicionadas por el propio aspecto sanitario, nos encontramos con la Incapacidad Laboral Transitoria y con la Invalidez Provisional, es decir que ya no sólo afecta ni siquiera a lo que hemos pretendido separar claramente de

lo sanitario, que es el resto de las prestaciones económicas, sino que, al existir también una interrelación fuerte con ese tipo de mecanismos, nuestro Grupo está por el momento por mantener el sistema actual con las normas que existen.

En cuanto a la idea de desbloqueo que plantea S. S., creo que, con el esfuerzo necesario de solidaridad, la Administración del Estado, el Gobierno y nuestro Grupo están dispuestos a que se consideren posiblemente todos los aspectos que se quieran plantear sobre el tema. Sin embargo, me parece que en estos momentos, tal como está expuesta la indicación que plantea S. S., nuestro Grupo no la puede aceptar, aunque el tema es de interés. No podemos aceptar la proposición no de ley porque creemos que existe la normativa necesaria para que pueda seguir funcionando y para que las empresas puedan solicitar la colaboración voluntaria, que está prevista en la Ley de Seguridad Social y en las normas de desarrollo.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, siete; en contra, 17; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— SOBRE ADOPCION DE MEDIDAS OPORTUNAS PRESUPUESTARIAS, DE ORGANIZACION Y COORDINACION DE SERVICIOS SANITARIOS DE TITULARIDAD PROPIA Y CONCERTADOS

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley relativa a la adopción de medidas oportunas presupuestarias, de organización y coordinación de servicios sanitarios de titularidad propia y concertados, del Grupo de Coalición Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Benítez.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Señor Presidente, creo que es bueno que se recuerde que todas estas proposiciones no de ley tienen el fin, como se hablaba al principio, de llegar al siglo XXI, pero mejorando la asistencia sanitaria y, desde luego, procurando que quienes tienen el deber de corregir los defectos se expongan.

Para la atención a sus asegurados y beneficiarios, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social dispone de medios propios, convenidos y concertados; que tal estructura se aplica a todos los niveles asistenciales, aunque el peso de la colaboración de medios ajenos es más acusada en la asistencia hospitalaria. El precedente inmediato reside en la evolución operada en la Seguridad Social, en base a lo establecido en la Ley General de la Seguridad Social, primero, del 21 de abril de 1966, actualmente del 30 de mayo de 1974, en sus artículos 109 a 120 y 209 en lo relativo a conciertos y convenios. La actual Ley General de Sanidad, de 1986, responde a similares parámetros al referirse, en él al artículo 46 y concordantes, a los medios propios de la Seguridad Social; en los artículos 66 y

67 a los centros privados vinculados, y en el artículo 90 a los conciertos con medios ajenos. Se trata, en definitiva, de que en la oferta asistencial de la Seguridad Social concurren, junto a los centros propios, los de otras titularidades vinculados a la asistencia pública mediante convenio, administrados y financiados, y mediante mero concierto.

La cuestión que nosotros planteamos —y la cuestión, desde luego, va en serio— es que el artículo 209 de la Ley General de la Seguridad Social prevé los conciertos como una posibilidad para el mejor desempeño de las funciones de la propia Seguridad Social. No obstante, siempre se evidenció una destacada preferencia en la utilización y dotación de los medios propios. Con todo, las participación de los servicios concertados en los gastos totales pasa del 41 por ciento en 1967 al 14 por ciento en 1976 y al 20,9 en 1979. La Ley General de Sanidad, de 1986, viene a dar un carácter complementario a la colaboración de los medios ajenos, apreciándose que la participación de los medios ajenos representa el 20,7 del coste total en el año 1983, para pasar a suponer el 14 por ciento en la liquidación del año 1987 y, aproximadamente, en torno al 9 por ciento en 1988. Total: 77.886 millones en la gestión directa del INSALUD. Ciertamente que entre los años 1985 y 1987 se han producido integraciones de medios ajenos a la red de la Seguridad Social, como pueden ser los clínicos universitarios u otros, pero el descenso de la participación de medios ajenos es netamente superior al efecto de la aludida integración.

Todo lo anterior viene a significar que, al producirse una reducción en el grado de utilización de los medios sanitarios ajenos, sobre todo en los hospitalarios, con simultaneidad a un paralelo aumento del montante de la población, la situación queda abocada a una menor disponibilidad de medios asistenciales. La primera solución, que sería la conservación o incremento de la participación de medios ajenos, puede que contraste con la particular ideología del Partido Socialista. Consecuentemente y en términos de lógica socialista, parece que debiera haberse acometido la segunda solución, que es la mayor presencia de los medios públicos con mayor dispositivo, a pesar de su incidencia, en un mayor gasto público, y que tampoco se ha acometido al pasarse del 2,12 camas propias y administradas por mil personas protegidas en el año 1983 a 2,02 camas en el año 1987, a la par que las camas hospitalarias concertadas han pasado de un índice del 1,62 por mil personas protegidas en el año 1982 al 1,06 en el año 1987. Estas cifras no las digo yo; son las de la memoria del INSALUD de los años 1982, 1983 y 1987. En tales condiciones, no ha de sorprender que crezca la masificación hospitalaria y las listas de espera, que falten camas hospitalarias —como lo ha vuelto a evidenciar el informe del Defensor del Pueblo— o que se colapsen los servicios hospitalarios de urgencias médicas y, en definitiva, que nos hayamos visto abocados a una situación asistencial y estructural notoriamente deficiente. Y esto no es ser catastrofistas, señores del Partido Socialista. Esto es, simple y llanamente, recordarles lo que se está diciendo en esta misma Comisión, como he citado anteriormente,

por el Defensor del Pueblo, y respecto a los hospitales y en la listas de espera, por toda la ciudadanía española.

Al mismo tiempo, se vienen echando en falta las adecuadas medidas de organización y de coordinación de todo el conjunto del dispositivo de la asistencia de responsabilidad pública. No sólo es que los medios resulten insuficientes. Es que, además, el sistema generado impide una organización medianamente razonable de dicho dispositivo. El sistema y los criterios que ha aplicado el Gobierno, se han dirigido fundamentalmente a la planificación del control, más que al pragmatismo de resolver problemas y de que las cosas funcionen bien. A lo que se ve, el Gobierno ha podido llegar a controlar los medios sanitarios —que lo dudamos—, aunque es patente que la Sanidad pública no funciona. La Administración se ha esforzado en ese control, pero no ha ofrecido los suficientes resultados de organización y coordinación de los medios disponibles, con las consecuencias que están a la vista y que que eran difíciles de predecir. Ha faltado una adecuación organizativa en función de unas necesidades ascendentes por su afán de universalización, sin arbitrar los medios suficientes. No se ha abordado desde el pragmatismo una política neutral de coordinación de los medios propios y de los llamados ajenos. Ha primado un exceso de ideología en la política sanitaria, con una sistemática priorización de los medios propios y la consecuente relegación de los ajenos, sin atender ni a la demanda asistencial ni a la eficacia de cada centro, sea propio o ajeno. Se ha producido una notable desincentivación de las iniciativas sanitarias no públicas, y la política de conciertos ni es racional ni se ha modificado. Las aplicaciones presupuestarias y del gasto público sanitario han obedecido a criterios de dudosa eficacia, sin la deseable coordinación. El voluntarismo ha primado sobre las consideraciones pragmáticas.

De otro lado, poco o nada se ha hecho en la introducción de pautas de competitividad como factor imprescindible para una mejor asistencia y mayor satisfacción al usuario. Quiero recordar una intervención esta mañana de un representante del Partido Socialista para decir aquí que esa competitividad no se produce por falta de rendimiento, y volveríamos a recordar ciertos pasajes históricos del señor Boyer y su Gobierno en la utilización y privatización y en la falta de rendimiento o sea que estamos dispuestos a apoyar todo lo que tienda a conseguir una mejora, pero, desde luego, nuestra inquietud es mucho mayor y el diferente modelo de sociedad que preconizamos así lo evidencia. Pero, como he dicho, ha sido notoriamente insuficiente el esfuerzo de recuperar la pérdida de capacidad y de superar la obsolescencia del dispositivo público.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya resumiendo, señor Benítez.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Termino enseguida.

Está claro que con los designios de su política de control a ultranza se han desmesurado los problemas del sistema asistencial, que a la postre han dado vida al proverbio

bio del perro del hortelano. Ante todo ello, y visto que la política a seguir se ha caracterizado hasta ahora por la incoherencia, dado que se ha logrado postergar a los medios ajenos concertados para primar a los propios de titularidad pública y que estos son cada vez más insuficientes para atender las necesidades, el resultado lógico es el que nos depara la actual realidad sanitaria del país.

Cierto es, y es justo reconocerlo, que desde 1988 el señor Ministro se ha esforzado en intentar superar los problemas e insuficiencias que aquejan a nuestro sistema asistencial. A tal efecto se ha tratado de aumentar las inversiones reales en la red pública, cuyos hospitales se han atiborrado de enfermos, se han iniciado recientemente peculiares conciertos con clínicas o servicios ajenos para que los propios médicos de la Seguridad Social, retribuidos mediante un singular sistema de peonadas, presten tratamiento a los enfermos que no pueden acoger los hospitales propios por la desmesura creciente de las listas de espera. Pero no resulta ni de lejos suficiente. Con ser convenientes, son sólo un parche de urgencia ante la problemática existente, pero no resuelven la cuestión de fondo que sólo se afronta acometiendo sincera y decididamente la presente proposición no de ley. Siendo así, como acabamos de reconocer —y termino, señor Presidente—, que el Ministro ha vuelto a acordarse de la existencia de los medios ajenos, es de esperar que el Gobierno y el Grupo parlamentario que lo sustenta aceptarán favorablemente la proposición que nuestro Grupo plantea, pensando en el perfeccionamiento de la asistencia sanitaria a los españoles. Sabemos que el señor Ministro es un buen economista y que intenta ser un buen gestor de los intereses generales. Si a todo lo anterior y a las evidencias existentes se añade la tampoco desdeñable razón de utilizar adecuada y suficientemente unos recursos sanitarios generados por las distintas iniciativas sociales, porque ningún país se puede permitir el lujo de despilfarrar los miles de millones de pesetas que ha costado al propio país, en definitiva, crear esos medios ajenos, consecuentemente proponemos algo que tiene perfecto encaje en la Ley General de Sanidad —ley que, por descontado, ustedes saben que no es nuestra— y que viene demandando la racionalidad y las exigencias sanitarias del país. No es suficiente con enfatizar en torno a un hipotético sistema mixto sanitario cuando los hechos no responden exactamente a lo que se dice ni se puede seguir hablando, como en tiempos anteriores, de medios propios y ajenos, ahora de medios públicos y privados, cuando en la realidad no hay más que medios sanitarios, sin otros adjetivos que los derivados de la capacidad de sus servicios, la eficacia y la satisfacción de los ciudadanos y, en última instancia, de su rentabilidad. Ni la enfermedad ni las patologías ni los enfermos hacen tales distingos artificiales y sí los de otra índole, como los que apuntamos anteriormente. Súmense ustedes a lo que demanda la lógica y no hagan distingos que sólo tiene un fundamento ideológico superado.

Procede, por tanto, instar al Gobierno para que adopte las medidas económicas y presupuestarias necesarias para que los fondos públicos se dirijan hacia los centros y medios sanitarios en función primordial en su nivel asis-

tencial y no en base a su titularidad patrimonial, para que implante criterios de competitividad entre todos los medios existentes como vía para propiciar una mejor atención entre los pacientes, y para que organice definitivamente un sistema coordinado y solvente que ofrezca a los ciudadanos la posibilidad de su acceso a las prestaciones asistenciales sanitarias, sin limitaciones artificiosas heredadas con anterioridad a esta proposición no de ley y que, además, no son rentables. Simplemente quería recordarles —y termino, señor Presidente, y le doy las gracias— algo que desde las filas del Partido Socialista han dicho esta mañana, y esta proposición no de ley pretende precisamente abarcar y aumentar esa cifra que ustedes han dado. La Seguridad Social hoy solamente —según sus palabras— cubre al 51,9 por ciento de los españoles. Démosle más justicia igualitaria y posibilidades de acceso a las prestaciones asistenciales sanitarias. Den por hecho que nuestra alternativa es diferente...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Benítez, cumpla su palabra.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: ... y que nuestro único objetivo con esta proposición no de ley es mejorar la asistencia sanitaria de todos los españoles, que creo que es también la idea de ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué Grupos desean fijar su posición? (**Pausa.**) Por el Grupo del CDS tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: La verdad es que en nuestra opinión esta proposición no de ley se incluye totalmente en la anterior que ya hemos debatido, no la inmediatamente anterior pero sí la que reclamaba una modernización de la política de conciertos con medios ajenos, porque realmente estas medidas de tipo presupuestario, de organización y coordinación de servicios sanitarios tanto de titularidad propia como concertados no pasan de ser sino aspectos parciales de esa modernización total o general. Por tanto, si la llamada modernización exigía, en nuestra opinión, una reforma sanitaria y un nuevo planteamiento, está claro que los objetivos de esta proposición no de ley forman parte del objetivo más global y más amplio de modernizar este aspecto del sistema sanitario. Por tanto, no voy a repetir los criterios y argumentos que antes expuse, y me remito a ellos para decir que vamos a apoyar esta proposición no de ley por las mismas razones que apoyamos anteriormente la otra.

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

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Anuncio que en este caso también mi Grupo va a votar en contra de la proposición no de ley que nos ocupa en estos momentos.

Dejando un poco de lado las argumentaciones referentes a las cuestiones tratadas anteriormente en cuanto a política de conciertos, nuestra negativa, que voy a inten-

tar argumentar, se basa en que en la formulación de esta proposición no de ley se vierten afirmaciones que no se ajustan en absoluto a la verdad o que son falsas, hablado en plata. Porque no es verdad que el aumento de la población a asistir no se haya visto acompañada por un esfuerzo en la dotación de medios y recursos. Porque, señorías, el gasto por persona protegida en pesetas constantes ha pasado desde 22.748 pesetas en 1982 a 24.384 en 1988; y yo creo que está suficientemente claro que con el incremento porcentual aplicado a los presupuestos de 1989 este gasto en pesetas constantes vuelve a crecer ampliamente durante dicho año. Pero además, señorías, en la argumentación de la proposición no de ley se califica al aumento de la población protegida con el adjetivo de intencionado. A mi Grupo le interesa resaltar que ese incremento de la población o universalización de la atención no solamente es intencionado; es mucho más que eso, es dar cumpliminetos a otro de nuestros grandes compromisos electorales, porque para nosotros la universalización de la asistencia sanitaria es un instrumento fundamental en la consecución de uno de los objetivos principales de la política sanitaria, como es el alcanzar cada vez mayores cotas de equidad.

Tampoco es verdad que la disminución de los recursos hospitalarios privados obedezca a una política intencionada de la Administración socialista; esta disminución ha afectado mucho más al número de hospitales que al número de camas. Tampoco es verdad que se mantengan la situación de subempleo en los profesionales, y en este aspecto concreto sí me interesa señalar esta mañana los enormes avances que ha habido desde el año 1982. Se ha racionalizado el modelo retributivo antiguo, que generaba tremendos agravios comparativos. Refiriéndome al personal extrahospitalario, hoy, al integrarse en un equipo de atención, primaria se le libera del injusto modelo retributivo antiguo que, al estar en función del número de cartillas asignadas, incentivaba indirectamente la asistencia de complacencia. Pero, además, a este mismo personal se le han racionalizado los horarios y jornadas, acabando poco a poco, y a la vez que se van integrando, con las absurdas jornadas de dos horas y media. **(Rumores.)**

Al referirse ustedes a la designación de gestores sanitarios competentes como lo hacen en su proposición, no tengo más remedio que recordar al Grupo Popular que prácticamente los conceptos de dirección y gerencia hospitalaria han sido inventados por el Gobierno Socialista. Vuelvo a atribuir otra paternidad a los socialistas, porque cuando ustedes gobernaban —y digo bien, gobernaban, porque en sus filas actuales y en su Grupo Parlamentario hay tres exministros del ramo; por tanto, no sé si ustedes están legitimados para liberarse de esa responsabilidad— **(El señor BENITEZ BARRUECO: En sus filas también.)**, la importancia que se daba a la dirección y a la gerencia hospitalaria se plasmaba en la forma como se cubrían estos cargos en bastantes hospitales y no necesariamente pequeños. Era muy frecuente que en muchos hospitales del sector público a un médico asistencial, normalmente a dedo, se le asignara un complemento de dirección.

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, señor Correas. Yo rogaría que respetaran la intervención del señor Diputado en el uso de la palabra.

El señor **CORREAS PARRALEJO**: Como decía, en aquella época en muchos hospitales, y no precisamente pequeños, la manera como se cubrían los cargos de dirección y gerencia hospitalaria era asignando a un médico asistencial al que, manteniendo sus funciones asistenciales, se le asignaba un complemento de dirección, y al acabar la tarea asistencial, aproximadamente a partir de las dos y media y hasta las tres, se dedicaba a la dirección del hospital. Eso da idea de la importancia que tradicionalmente se ha prestado a la dirección y a la gerencia hospitalaria.

Creo que no están ustedes especialmente legitimados para intentar darnos lecciones en lo que a dirección y gerencia hospitalaria se refiere. Además su proposición no de ley nos da la oportunidad de recordarles, una vez más, que la reforma sanitaria no es un momento determinado a partir del cual cambian las cosas. Creemos que es un proceso largo y continuado en el que estamos inmersos, dando prioridad a la lucha contra las desigualdades, que otros se encargaron de acentuar. De ahí la especial dedicación en la política de inversiones hacia las zonas más deprimidas y abandonadas durante siglos. El sur, señorías, no existió para nuestro predecesores, como ya recordaba Serrat en una famosa canción. Se trata, por tanto, de conseguir mayores cotas de equidad, con la dos medidas que, a nuestro entender, son fundamentales: la universalización de la asistencia y la lucha contra los desequilibrios territoriales. Por todo lo dicho, creemos que la proposición no de ley que nos ocupa no procede y, por tanto, vamos a votar en su contra, proque en algunos puntos no se ajusta a la verdad y porque, aunque es cierto que la organización pública del servicio sanitaria pueda sufrir algunas rigideces, no es menos cierto que el Real Decreto de estructura periférica de gestión del INSALUD que prepara el Ministerio va a establecer una estructura de gestión descentralizada que la hará más eficiente. **(El señor Benítez pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué pide la palabra, señor Benítez?

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Señor Presidente para recordar un principio constitucional y de derecho de esta Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Benítez, no tiene la palabra para ese tema.

Vamos a pasar a la votación de la proposición no de ley.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, ocho; en contra, 18; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **INSTANDO AL GOBIERNO A REMITIR A LA CÁMARA ESTADÍSTICA RELATIVA AL NÚMERO TOTAL DE PACIENTES, EN LISTA DE ESPERA, EN TODOS LOS SERVICIOS DE LA GESTIÓN DIRECTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD) (GRUPO PARLAMENTARIO DE COALICIÓN POPULAR)**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley instando al Gobierno a remitir a la Cámara estadística relativa al número total de pacientes en lista de espera en todos los servicios de la gestión directa del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), del Grupo de Coalición Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor Mena-Bernal.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Señor Presidente, puesto que esta mañana se están recordando aquí muchas cosas, vamos a recordar que el programa electoral del Partido Socialista Obrero Español, en el cuatrienio 1986/90, establece expresamente el objetivo de reducir las listas de espera hospitalarias en la asistencia pública. A preguntas parlamentarias, el Gobierno aportó algún dato sobre la materia hasta 1987, con posterioridad se ha negado «de facto» a facilitarlo. En efecto, a las sucesivas preguntas parlamentarias solicitando el dato general y a las muy numerosas recabándolo a nivel autonómico, provincial, por hospital o por servicios que se han formulado, el Gobierno nunca ha facilitado el dato recabado. Las razones esgrimidas para tal negativa han consistido, primeramente, en que se estaban depurando, ordenando o clasificando los datos correspondientes. Posteriormente, desde finales de 1988, se niega el dato por tratarse de un indicador no significativo.

En función de lo anterior, no se trata de discutir o de plantear si las llamadas listas de espera son o no un adecuado indicador sanitario asistencial, ni si su número crece, decrece o permanece estable. Tampoco se trata de discutir los resultados de la política sanitaria socialista, que a la vista están, y los remedios aplicables para superar tantos problemas, ni tratamos de plantear las razones por las que los hospitales públicos se ven en la necesidad de habilitar camas por encima de su capacidad propia, ni se plantea si el Defensor del Pueblo está o no fundamentado al relacionar directamente las listas de espera hospitalaria con la aglomeración y desmesura de las urgencias médicas. Del mismo modo no planteamos ahora un análisis sobre los efectos de la demora asistencial que ocasiona tal lista de espera, ni sus consecuencias en enfermos afectados por patologías que requieran una atención inmediata, ni pretendemos examinar los criterios seguidos en la sistemática denegación de los reintegros de gastos por uso de medios ajenos forzados por la extensión de la lista de espera, ni tampoco pretendemos abordar la consideración de la lista de espera y su efecto en la atención a los afectados por la drogodependencia. Pero sí tenemos que decir que no es de recibo que, ante preguntas parlamentarias, el Gobierno virtualmente se niegue a aportar tales datos. No es admisible que el Parlamento pueda ser tratado como un menor de edad y que, ante preguntas exac-

tas sobre datos concretos y determinables, el Gobierno conteste, con afán a veces profesoral, que nos los da porque no se trata de indicadores válidos. Nadie, ningún parlamentario, que yo sepa, ha preguntado si las listas de espera son no indicadores sanitarios válidos; ningún parlamentario, que yo sepa, ha solicitado del Gobierno lecciones sobre lo que son o no indicadores válidos. Sólo se requiere el dato sobre el número de enfermos en lista de espera, nada más, y el Gobierno no nos lo ha aportado hasta ahora.

El Reglamento del Congreso de los Diputados, en su artículo 185 y siguiente, es terminante al respecto; el artículo 66.2 de la Constitución Española es asimismo significativo, y con este proceder el Gobierno viene infringiendo, a nuestro criterio, reiteradamente tales preceptos. Ante todo ello sólo cabe una salida en términos democráticos, que el Gobierno facilite tales datos o, en su caso, que manifieste que no dispone de los mismos, puesto que no nos encontramos ante materia reservada ni clasificada. No vamos a volver a admitir como contestación lo que se me ha respondido recientemente a una pregunta de contestación escrita sobre la situación de la lista de espera en Castilla-La Mancha, por ejemplo, que a causa de su inexactitud —volviendo al indicador sanitario— el citado índice de lista de espera ha sido abandonado desde octubre de 1987 y sustituido por otros índices más fiables, tales como estancias medias, número de consultas, índice de intervenciones quirúrgicas y necesidad de inversión presupuestaria, etcétera. No vamos a admitir esto como contestación, sino simple, llana y exclusivamente a instar al Gobierno a remitir a esta Cámara estadística relativa al número total de pacientes en lista de espera en todos los servicios de la gestión directa del Instituto Nacional de la Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Hay una enmienda del Grupo Socialista, que pasará a defenderla el señor Vallejo, que tiene la palabra.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ**: Creo que la enmienda que presentamos resuelve las dudas que plantea quien ha defendido la proposición no de ley, y resuelve además la inquietud y el deseo de tener información y conocimiento. No sólo la resuelve, sino que amplía y matiza esa información que desea el Grupo parlamentario proponente, porque no sólo se habla de las listas de espera, que yo creo que es un concepto un tanto manido y casi anticuado. Me parece que son definiciones anticuadas, porque no se pueden mezclar todas las listas de espera. No se puede hablar de listas de espera cualitativamente iguales. Por ejemplo, a quien está en una lista de espera para que le hagan un diagnóstico de su enfermedad no se le puede meter en el mismo saco con aquellas personas que ya están diagnosticadas y que están esperando una intervención con carácter de urgencia por una enfermedad maligna; ni tampoco se puede meter en el mismo saco a quien va a tener una intervención quirúrgica de carácter menor o de especialidad, que al fin y al cabo no pelagra ni su vida ni mucho menos su salud integral; ni se pueden incluir tam-

poco las listas de espera de consultas externas que, por otra parte, me parece que en algunos casos son absolutamente lógicas y que si existen ahora es porque hay especialidades que antes no existían y porque ahora hay una ordenación y una asistencia que antes no existía.

Por tanto, creo que el término «lista de espera» es hasta cierto punto anticuado y la enmienda que nosotros presentamos lo que quiere es colocar el tema en sus justos términos, cuando se dice: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que remita a la Cámara un informe relativo a los datos de indicadores de gestión de la asistencia sanitaria y su evolución...» Creo que este término es mucho más amplio que el contenido en la primera proposición no de ley que aquí se ha defendido, sobre todo cuando a continuación se dice en la enmienda que esta información se haga «... en relación a las medidas adoptadas para reducir los tiempos de espera» —que yo creo que es un término bastante más preciso que el de lista de espera— «de los pacientes que requieren ser atendidos en los servicios de gestión directa del INSALUD, tanto propios como administrados».

Yo creo que esta enmienda amplía la información y la precisa mucho más que en los términos en que estaba la proposición no de ley anterior. Quizá no sería malo matizar también que sería más preciso el término de «tiempos de espera» no sólo por lo que ya he dicho, sino también porque no se puede incluir con igual sentido en el concepto de lista de espera a una persona que ha sido operada y que simplemente está en una pendiente de revisión, a la que no se le produce absolutamente ningún trastorno por estar en lista de espera; y no sólo eso, sino que además es absolutamente lógico que exista una lista de espera de personas que van a revisarse. Igual ocurre cuando se trata de una persona que tiene un plazo, como puede ser una embarazada, y que está colocada en lista de espera para que cuando llegue el momento oportuno ingrese en el hospital y tenga la asistencia sanitaria. Estos casos son diferentes al de quien esté esperando para que le hagan un diagnóstico. Existe efectivamente tiempo de espera para personas a las que a lo mejor corre más prisa que se les vea que a alguien que simplemente está esperando sin ningún tiempo de espera, en cuyo caso, el tiempo de espera sería cero.

Por tanto, creo que la información que nosotros solicitamos en esta enmienda es más precisa, más amplia y, en consecuencia, defendemos esta enmienda porque no sólo no obstruye esa información que se pide, sino que la amplía y la mejora.

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

El señor Revilla tiene la palabra por el Grupo del CDS.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, en el Pleno de la Cámara celebrado en el día de ayer tuvimos ocasión de seguir el debate de dos mociones que se relacionaban con el uso patrimonial que el Gobierno da a los datos, tanto los que proceden de la Sanidad como los que proceden del Centro de Investigaciones Sociológi-

cas, de modo que esto no viene sino a aumentar la inquietud en relación con esta habitual costumbre de reservarse para sí los datos que la sociedad elabora, en sus distintos organismos e instancias, cual si solamente el uso por parte del Gobierno garantizara a esa sociedad que los posee los beneficios de su autorización.

Aquí, en el caso de la lista de espera estamos en una situación semejante, aunque el truco es otro. Ayer cuando se trataba del CIS era que se están mejorando técnicamente las instancias del CIS y, por tanto, no se puede dar la información. No se sabe cómo se puede casar eso. Ya vimos los esfuerzos que hacía el portavoz del partido Socialista para intentar encontrar una solución a esa cuadratura del círculo y, por tanto, no nos extraña que aquí el truco sea que las listas de espera no existen y, en consecuencia, no se puede ofrecer.

En primer lugar, a mí me extraña que no existan por cuanto que cuando el señor Ministro de Sanidad presentó el plan de inversiones hace muy poco tiempo, concretamente en abril, dijo que en el programa de inversiones de su Departamento para 1989, entre las prioridades, estaba la reducción de los tiempos de espera —aparece ya aquí esta matización de listas y tiempos de espera— para diagnósticos en los centros públicos hasta lograr que desaparezcan en 1990. A mí me es igual el término de tiempo de espera que listas de espera, y desde luego a los pacientes que están esperando todavía les tiene mucho más sin cuidado qué matizaciones se puedan introducir en el tema.

Primer aspecto en cuanto a las listas de espera. Las listas de espera son consustanciales a los sistemas nacionales de salud —ya tuvimos ocasión de decirlo—; es decir, todos los sistemas nacionales de salud producen listas de espera, y eso no significa que los servicios nacionales de salud sean malos o buenos por esa circunstancia; podrán ser malos o buenos por otras circunstancias o por no acomodarse a la realidad de las sociedades a las que intentan ofrecer una solución sanitaria. Lo que es importante es la clasificación y calificación de las listas de espera, aparte de su volumen, y lo que nos ha dicho el señor Vallejo —y me permito aquí echar mano de los argumentos que ha utilizado para la defensa de su enmienda, no siendo nosotros los proponentes— me llena de confusión; es decir, no tiene nada que ver con lo que es una lista de espera y, desde luego, ponen de manifiesto que se siguen sin saber realmente cuál es el problema que plantean las listas de espera y qué es lo que hay que hacer con las mismas para que no se conviertan en un peligro para la sociedad, existiendo o, digamos de otro modo, no teniendo más remedio que existir si tenemos un servicio nacional de salud, por razones que ya he explicado y que no voy a explicar aquí ahora.

Nosotros hemos pedidos después de la presentación de este plan de inversiones por parte del señor Ministro la comparecencia del mismo para que nos explique cómo piensa reducir las listas de espera con este plan de inversiones, porque este es otro problema. La reducción de las listas de espera exige toda una batería de actuaciones en las cuales el incremento de los recursos no es necesaria-

mente la mejor de las soluciones; pero, si lo que se piensa es, y ya estoy anticipando lo que podía decirle al señor Ministro, que el incremento de los recursos es lo único que se va a hacer, eso significa un incremento en las listas de espera, porque estimulará la demanda, y toda estimulación de la demanda va a transformarse en un incremento de las listas de espera. Por tanto, vaya por delante que estamos muy preocupados por que este ser el tratamiento de que se da a las listas de espera.

Que ahora se les llama tiempos de espera, indicadores de gestión, a mí me tiene sin cuidado. Lo que es necesario conocer aquí, porque lo conoce el Gobierno y el Ministerio de Sanidad y lo tenemos que conocer los demás, ya que lo necesitamos para poder atender los intereses que representamos y, además, porque lo tiene que conocer el pueblo en general es, llámesele como se llama, lo que sucede con la atención a los enfermos cuando están esperando a que esa atención se pueda producir, y ese tiempo de espera está muy por encima de lo aceptable, desde el punto de vista de la asistencia y de cualquier pretensión de humanizar el sistema sanitario.

Por tanto, nosotros estamos a favor de que en una proposición no de ley se soliciten del Gobierno estos datos que son fundamentales, entre otras cosas para que podamos enjuiciar la política del Gobierno en relación con este tema que ya viene preocupando cada vez más a la sociedad española. ¡Que ahora se estima que este término es anticuado? Pues bien, este término fue puesto en funcionamiento por el Gobierno socialista en 1983. ¿Que ha quedado anticuado el término y hay que sustituirlo por otro? Pues hágase. Lo que, desgraciadamente, no ha quedado anticuado, sino que cada vez ha tenido una mayor actualización, es el número de pacientes que tiene que esperar a ser atendidos en las dependencias del sistema público de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Mena a los solos efectos de manifestar la aceptación o no de la enmienda propuesta por el Grupo Socialista.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Tal como está redactada la enmienda no es aceptada, pero me va a permitir que explique por qué.

El señor **PRESIDENTE**: Si no abre el debate, de acuerdo.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: No abro el debate. Simplemente quiero decir que viene a confirmarnos exactamente lo que previamente hemos dicho. Por lo que se desprende de lo que ha dicho el señor Vallejo...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Mena, no vuelva a razonar sobre los argumentos anteriores. Simplemente tiene el uso de la palabra para decir si acepta o no la enmienda o por si pretende hacer alguna propuesta transaccional, porque el tema está debatido. Las posiciones están claras y pasaríamos a votar.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: Lo comprendo perfectamente, pero lo que trato es de contestar a lo que aduce el señor Vallejo.

El señor **PRESIDENTE**: Eso no está previsto reglamentariamente en la tramitación de una proposición no de ley; en otro tipo de iniciativas parlamentarias sí.

El señor **MENA-BERNAL ROMERO**: No aceptamos la enmienda.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a votar la proposición no de ley, tal y como está propuesta por el Grupo Popular.

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

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

El debate de la última proposición no de ley del orden del día, una vez consultados los grupos parlamentarios, parece adecuado retrasarla a otra sesión de la Comisión, con el fin de que la discusión sea más fundamentada y tenga más posibilidades en cuanto a llegar a conclusiones positivas.

Por tanto, agotado el orden del día, levantamos a sesión.

Se levanta la sesión.

Eran las once y cincuenta minutos de la mañana.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961