



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

---

## COMISIONES

Año 1990

IV Legislatura

Núm. 26

---

## POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

**PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL**

Sesión núm. 4 (extraordinaria)

**celebrada el miércoles, 31 de enero de 1990**

---

### Orden del día:

- Comparecencia del señor **Ministro de Sanidad y Consumo (García Vargas)** para informar sobre la política que desarrollará, en su respectiva área, el nuevo Gobierno (Número de expediente 214/000009.)
- 

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

El señor **PRESIDENTE**: Se inicia la sesión con el punto del orden del día: Comparecencia del Excelentísimo señor **Ministro de Sanidad y Consumo** para informar sobre la política que desarrollará, en su respectiva área, el nue-

vo Gobierno. Para ello, tiene la palabra el **Ministro de Sanidad y Consumo**, al que damos la bienvenida a esta Comisión.

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

Señorías, ante todo deseo expresar a la **Presidencia**, a

la Mesa y a todos los miembros de esta Comisión de Política Social y Empleo el interés del Ministerio de Sanidad y Consumo y el mío personal para que la labor legislativa y de control del Gobierno de esta Comisión sea lo más fructífera posible a lo largo de la legislatura que acaba de comenzar. Por parte de mi Ministerio habrá todo tipo de facilidades para que esto sea así.

En mi exposición de las líneas de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo para los próximos años me referiré a todas las competencias del Departamento; las de sanidad, las de asistencia sanitaria, las de coordinación del Plan Nacional sobre Droga y las de consumo. Las primeras y parte de las de consumo se integrarán en el mismo contexto global, el contexto de la estrategia «Salud para todos» que los países miembros de la Organización Mundial de la Salud decidieron implementar a finales de la década de los años 70 y que el Comité Regional Europeo formuló específicamente para nuestro continente en 1984.

En la legislatura anterior, 1986/1989, se sentaron las bases para poder enmarcar la política sanitaria española en un contexto nuevo, el de la estrategia «Salud para todos», definido para nuestras propias circunstancias españolas. Este es precisamente el punto de arranque y el nexo de continuidad global entre la pasada y la presente legislatura, por lo que se refiere a las principales líneas maestras de la política sanitaria en los próximos años. Con ello, el Gobierno español alinea su política en este campo con los restantes del continente europeo.

Como SS. SS. saben, la estrategia de «Salud para todos» consiste en una movilización de todos los recursos individuales y sociales. Con ella se supera la política sanitaria tradicional, sesgada hacia los aspectos asistenciales, predominante en las últimas décadas en todos los países desarrollados, incluida España.

Desde finales de la década pasada, la Oficina Regional Europea de la OMS impulsó esta estrategia de salud, que es seguida por los 33 países miembros de la región. El Gobierno ha adoptado explícitamente dicha estrategia, que espero cuente con el apoyo de todos los grupos políticos representados en esta Cámara. Con ello se podrá cumplir el objetivo 33 de la estrategia de la OMS que dice textualmente que antes de 1990 todos los Estados miembros deberán actuar de acuerdo con ella.

Este borrador de documento estrategia «Salud para todos» en el año 2000, específico para España, es un documento general a medio plazo que define las grandes líneas de actuación nacionales en materia de salud y de servicios sanitarios. Tanto los objetivos como los medios para conseguirlo se basan en los principios clásicos de la salud pública, e implican llevar a cabo actividades en cuatro grandes áreas: promoción de hábitos saludables de vida; prevención de riesgos ambientales; mejora de la asistencia sanitaria; e implementación de recursos complementarios de los anteriores, sobre todo recursos humanos e investigación.

Este documento, tras ser elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y otros Ministerios, así como analizado e informado favorablemente por el Consejo inter-

territorial del Sistema Nacional de Salud y por la Oficina Regional de la OMS, será próximamente sometido a debate en esta Comisión para que, con las modificaciones que se consideren oportunas, se adopte un texto que dé estabilidad a las líneas básicas de la política sanitaria a largo plazo, por encima de las diferentes opciones políticas y sus programas concretos.

La estrategia de «Salud para todos» en España define la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud en el marco de la doctrina general internacional antes citada y en el ámbito de los objetivos políticos señalados en nuestra Ley General de Sanidad, particularmente los de equidad y solidaridad. Para su aplicación contamos con diversos instrumentos, como los siguientes: Primero, la elaboración de planes de salud de las comunidades autónomas y del Estado. El Plan integrado de salud es definido por la Ley General de Sanidad como la integración de los planes de salud del Estado y los planes específicos individualizados de las comunidades autónomas. En un futuro próximo, cuando la gestión de la asistencia sanitaria sea íntegramente responsabilidad de las comunidades autónomas, la Administración del Estado deberá establecer periódicamente los criterios generales de coordinación y garantizar los principios de aplicación armónica de los sucesivos planes integrados, elaborados entre todos, partiendo de las comunidades autónomas. De hecho, esta responsabilidad se inicia en esta legislatura a partir de la aplicación del Real Decreto 938/1989, de formación y procedimiento del Plan integrado, cuyos objetivos generales se concretarán en otros a corto y medio plazo.

Segundo instrumento, la aplicación de los criterios generales de coordinación sanitaria. En ellos se establecen los objetivos mínimos y comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, así como un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar su consecución. Estos criterios generales de coordinación han sido ya elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y cuentan con la aprobación del Consejo Interterritorial con la representación y acuerdo de todas las comunidades autónomas.

El tercer instrumento es la aplicación de los plazos y procedimientos para la formación de esos planes integrados, contenidos en el Decreto citado. El Ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando con las Administraciones autonómicas para obtener planes regionales técnicamente homogéneos, que sean susceptibles de ser agregados en el primer plan integrado de salud.

El cuarto instrumento es el desarrollo del sistema de planificación coordinada a nivel nacional. Si por planificación sanitaria se entiende la formulación de unos objetivos de salud y los medios para conseguirlos, el término de coordinada aporta, además, tres líneas fundamentales en el estado de las autonomías: La primera, que los objetivos de salud serán mínimos y comunes a nivel nacional, sin excluir que cada comunidad autónoma formule objetivos específicos en su ámbito; además, los medios a utilizar corresponden a sus competencias autónomas. La segunda, que la planificación coordinada afecta tanto a los medios públicos como a los privados que deseen colaborar con el Sistema Nacional de Salud en cualquier acti-

vidad para evitar duplicidades y aprovechar mejor todos los recursos. Y, tercera, que las actividades a desarrollar pretenden reducir paulatinamente las desigualdades entre las comunidades autónomas, actuando como estímulo para que cada una de ellas se iguale al resto en aquellos campos en los que se encuentre más alejada.

Este sistema de planificación compartida y coordinada, además de contribuir a la consolidación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, tendrá ventajas adicionales. La primera de ellas se deriva de la formulación explícita de los objetivos, lo que permitirá una mejor evaluación parlamentaria y social en la medida en que aquellos objetivos son alcanzados por el sistema sanitario público y privado en su conjunto.

La segunda ventaja se derivará de la existencia de planes diferenciados en cada comunidad autónoma, lo que permitirá una clara atribución de responsabilidades en el cumplimiento de los planes.

Veamos ahora la política a seguir en los cuatro grandes bloques que componen la estrategia «Salud para todos». El primer bloque, como dije antes, es la promoción de hábitos saludables y la protección de los consumidores. Esta tarea entra plenamente en las competencias de todas las comunidades autónomas y es coordinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto a la promoción de hábitos saludables, los más recientes estudios epidemiológicos destacan, como saben muy bien SS. SS., la creciente influencia sobre la salud de los ciudadanos de factores de riesgo que podrían evitarse individual y colectivamente. La industrialización, la publicidad, el mayor nivel de vida, tienen como resultado la destrucción de hábitos de salud tradicionales que contribuyen a evitar enfermedades, y conducen a la mortalidad prematura. El tabaquismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada, la falta de ejercicio físico, el «stress», la actitud temeraria en la conducción de vehículos, la drogadicción, contribuyen a la disminución de salud de los individuos.

El tabaco constituye el principal factor de riesgo de procesos que, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, son las primeras causas de morbilidad en nuestro país y fuera de él. El tabaco es responsable de unas 40.000 muertes anuales en España, y el 30 por ciento de los tumores malignos se asocia etiológicamente al consumo de tabaco. La disminución de la prevalencia de este hábito tendrá un resultado más positivo que cualquier otra medida sanitaria de carácter asistencial que pueda tomarse, por espectacular que ésta sea.

En directa relación con el tabaquismo, quiero destacar la puesta en marcha del Plan nacional de prevención y control de cáncer, que es continuación del Plan nacional del cáncer ya existente, reforzado a partir de 1989, año europeo de información sobre el cáncer, y del Plan nacional de prevención y control de enfermedades cardiovasculares.

El Plan nacional del cáncer tiene como objetivo la reducción de la morbilidad y mortalidad mediante la prevención; lograr un incremento de la calidad de vida de los pacientes terminales y de los que consiguen sobrevi-

vir; y mejorar la equidad, garantizando que todas las personas con cáncer, de cualquier punto de España, tengan acceso a un nivel de cuidados similar y tan alto como el sistema sanitario pueda ofrecer en cada momento.

En 1989 se han creado dos nuevos servicios hospitalarios en el área del INSALUD de oncología médica, nueve nuevas unidades de radioterapia, con otras nueve previstas para 1990, y también han aumentado las citologías y mamografías en el campo de la prevención realizadas por el INSALUD —23 por ciento de aumento y 36 por ciento, respectivamente, en 1988—, reduciéndose, por tanto, los tiempos de espera.

El Plan nacional de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares se ha diseñado con el objeto de reducir la mortalidad y morbilidad, disminuir los niveles de colesterol y presión sanguínea elevada, y promover la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedad cardíaca. Ya se han elaborado los documentos de consenso científico para orientar la actuación de los profesionales sanitarios en la prevención de la colesterolemia y la hipertensión. Este Plan contiene un subprograma cuya meta principal es la reducción del número de fumadores.

En la prevención del tabaquismo, vamos a prestar una especial atención a los jóvenes, a los profesionales de la enseñanza, a mujeres embarazadas y el personal sanitario.

Otro de los factores de riesgo que es urgente reducir en España es el consumo excesivo de alcohol, asociado a problemas sanitarios y sociales que contribuyen de manera causal al aumento de morbilidad y mortalidad por accidentes, enfermedades mentales, enfermedades metabólicas, del aparato digestivo y diversos tipos de cáncer, con un riesgo particularmente alto en la población adolescente y en mujeres embarazadas.

Todo ello además de los costes sociales que origina: absentismo laboral, delitos, aislamiento, marginación y malos tratos.

La importancia económica del sector y la aceptación social del consumo imponen una actuación meditada y consensuada por todos. Las medidas preventivas que se adopten han de tener en cuenta la realidad sociocultural y económica de la sociedad española. Voy a señalar algunas de las iniciativas emprendidas por la Administración española con el fin de reducir los problemas derivados de este consumo.

En primer lugar, la reducción de la tasa máxima de alcohol autorizada en conductores, que está en nuestro país en 0,8 miligramos en sangre. Con apoyo del Gobierno español, el Parlamento Europeo ha aprobado el proyecto de directiva que adopta el límite de 0,5 miligramos y que entrará en vigor en 1991. El aumento de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, con sus secuelas de fallecimientos —algo más de 6.000, en 1989—, minusvalías —especialmente entre la población de 18 y 25 años—, obliga a una aplicación rigurosa de estos límites de alcoholemia.

En segundo lugar, el Consejo Interterritorial ha creado un grupo de trabajo sobre alcoholismo juvenil que ha ele-

vado ya sus recomendaciones al Pleno, el cual debatirá próximamente la coordinación de actuaciones de prevención del consumo de alcohol en los jóvenes, incluyendo al Ministerio de Educación y Ciencia, las Consejerías de Educación y Juventud de las Comunidades Autónomas, y los Ayuntamientos.

En tercer lugar, el Gobierno se propone promover y hacer cumplir la legislación vigente respecto a la oferta y venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años, en colaboración con las autoridades locales.

Por último, la vigente Ley de Publicidad requiere una aplicación estricta para evitar la publicidad encubierta del consumo de alcohol, impidiendo que se asocie al éxito social o aparezca como una solución a conflictos psicológicos. También debe evitarse la publicidad de automóviles que inciten a la conducción temeraria e imprudente, insistiendo en las líneas recomendadas a los fabricantes directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro de una política de auto-regulación. En este terreno se han conseguido ciertos avances, pero nuestra publicidad sigue adoleciendo de falta de énfasis en la seguridad, como ocurre en otros países.

En cuanto a la nutrición, de acuerdo con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, se deberá seguir insistiendo en la preservación de la dieta mediterránea, en la reducción del consumo de grasas animales y en la ingesta moderada de calorías. También es preciso actualizar la aplicación por las comunidades autónomas de las vacunaciones, especialmente infantiles, de acuerdo con lo decidido ya en el Consejo Interterritorial. Esto supone mejorar el registro informatizado de cobertura, la realización de una encuesta seroepidemiológica nacional, e intensificar los programas de vigilancia. El propósito es elevar la cobertura, especialmente la vacuna antipolio y triplebacteriana. Igualmente se está difundiendo la vacuna antihepatitis-B entre personal sanitario y se estudia su extensión a otros grandes colectivos como el Ejército. Por último, está en preparación un programa de salud bucodental dirigido especialmente a los niños, con un carácter preventivo basado en la difusión de la higiene bucal y en la fluoración progresiva de las aguas mediante acuerdo —inevitable— con las empresas y servicios municipales de suministro de agua. Todas estas medidas están coordinadas por la Comisión Permanente de Programas de Salud del Consejo Interterritorial, con el objetivo de hacer coincidir la actuación de las comunidades que son todas plenamente competentes en ese terreno.

En cuanto a la protección de los consumidores, la integración de la política de protección de los mismos y la estrategia «Salud para todos», adquiere particular trascendencia en materia de salud alimentaria y salud del medio ambiente. Este es un campo, como saben SS. SS., cuya competencia de ejecución y control también corresponde a las comunidades autónomas, en el que la coordinación ha comenzado a dar los primeros frutos.

Los programas esenciales sobre los que se está actuando son los siguientes: En primer lugar, la elaboración de reglamentos técnico-sanitarios de control de aditivos y de control de residuos animales. A lo largo de los últimos

años, se han publicado 98 disposiciones de derecho interno, y 23 de armonización con la Comunidad Económica Europea. Están cercanas a la publicación 32 de derecho interno, y otras 17 de armonización con la Comunidad por la Comisión Interministerial de Ordenación Alimentaria. En el futuro, habrá que insistir en la aplicación y actualización de ese cuadro normativo y en el control de la utilización de sustancias extrañas en la producción de alimentos. Con este fin, en el mes de octubre de 1989, se creó, mediante Real Decreto con la participación del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, la Comisión Interministerial para el Plan Nacional de Residuos Animales, que abordará, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, la erradicación por vía administrativa y judicial del uso de estas sustancias. Con carácter prioritario se actuará sobre la utilización de finalizadores, hormonas y antibióticos para la producción animal, así como pesticidas, fertilizantes y metales pesados.

El instrumento permanente para la protección de los consumidores es la red de alerta alimentaria, que viene funcionando satisfactoriamente en lo que se refiere a la comunicación con los países comunitarios. Esta red deberá potenciarse en el ámbito de nuestro país, haciendo posible que la comunicación de cualquier incidencia que afecte a los alimentos pueda ser conocida inmediatamente por la Administración central y por todas las Comunidades Autónomas, permitiendo adoptar medidas coordinadas.

Respecto a la sanidad exterior, la puesta en marcha del Mercado Unico Europeo comporta la responsabilidad de los socios comunitarios de asegurar que se cumplan las exigencias técnico-sanitarias de los productos que entran por la frontera de cualquier país de la Comunidad. Para ello sería preciso replantear las actuales competencias y dotaciones de los diversos departamentos ministeriales, concebidos para otra época y otras exigencias. Esto supone la mejor dotación de personal cualificado, así como la reorganización de los laboratorios disponibles por la Administración del Estado y la puesta en marcha de nuevas unidades<sup>1</sup>. La unificación de procedimientos administrativos, así como el establecimiento de procedimientos informáticos, permitirán la coordinación inmediata entre puntos fronterizos con las Comunidades Autónomas para el seguimiento de las mercancías, con los mismos parámetros de control a través de toda España.

El tercer programa lo constituye la prevención de zoonosis. En estas enfermedades transmitidas por los animales es esencial el comportamiento humano y su prevención exige modificar hábitos de consumo y la colaboración con las Comunidades Autónomas y con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Concretamente, habrá que seguir actuando en la prevención de hidatidosis. En la actualidad, hay suscritos convenios de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas de Navarra, La Rioja, Castilla-La Mancha y Madrid. El número de casos declarados al año se eleva a 718, en 1988, con tendencia a disminuir; 935 casos, en 1986. Las actuaciones deben centrarse en la cabaña ovina y en el censo canino.

En cuanto a la brucelosis, su incidencia afecta a la mitad sur de España en una proporción similar a otros países europeos mediterráneos. El número de casos se sitúa en 4.683, en 1988, con clara tendencia descendente a pesar de haberse mejorado el sistema de registro, 6.255 casos, en 1986. Las actuaciones se concentran en el control y vacunación de la cabaña, la comercialización local controlada de productos lácteos y en la mejora de los mataderos.

En lo que respecta a salmonelosis y tox infecciones alimentarias, nuestra climatología, junto a las peculiaridades de los hábitos de consumo en hogares y restaurantes, hacen particularmente relevante la cifra de tox infecciones en nuestro país durante los períodos estivales. Dentro del programa nacional de prevención y control de esta enfermedad o conjunto de enfermedades, se está actuando sobre el proceso de producción, distribución y comercialización de alimentos, la formación de manipuladores y la información al consumidor. En 1988 se declararon 44.877 casos de tox infecciones, con clara tendencia descendente también; 50.484, en 1986.

Por último, en lo que se refiere a triquinelosis, rabia y leishmaniasis, la incidencia de las dos primeras es muy reducida, pero hay que seguir insistiendo en su control como se está haciendo en Extremadura, en el caso de la triquinelosis, a través de convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo. En la rabia habrá que seguir cuidando la amenaza potencial del Norte de África y la extensión hacia el Sur de Europa de la procedente del Báltico. En cuanto a la leishmaniasis, tiene escasa incidencia pero presenta un peligro potencial.

El segundo bloque de la estrategia «Salud para todos» lo constituye la prevención de riesgos ambientales, en consonancia con las más modernas definiciones de salud y el aumento de riesgos por la industrialización y la manipulación por el hombre de su entorno vital. En este sentido, la estrategia «Salud para todos» coincide en muchos puntos con las preocupaciones ecológicas que están cada vez más extendidas entre la población y que el Gobierno comparte. La prevención y tratamiento de las patologías afectadas por sucesos medioambientales exige un programa de actuaciones a desarrollar en colaboración con el Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, el Ministerio de Industria, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y las Administraciones autónomas y locales.

En materia de aguas, las acciones se dirigen tanto a las aguas potables como a las aguas de baño. En relación con las primeras, se deben mejorar los controles y programas de erradicación de la contaminación producida por residuos urbanos, rurales e industriales, y el empleo excesivo de fertilizantes y detergentes. En este sentido, es imprescindible un plan nacional para la cloración de aguas que afecte a todas las poblaciones con menos de cinco mil habitantes y concluir la dotación de instalaciones depuradoras de aguas residuales. De esta forma podrá seguir disminuyendo el número de casos de fiebre tifoidea, muy frecuentemente relacionados con las insuficiencias en el tratamiento de las aguas residuales y que todavía se eleva a 2.600 casos al año.

Cara al futuro, habrá que actuar también sobre el aumento de materiales pesados y nitratos en las aguas potables, problema que afecta a numerosos países industrializados y que tiene una especial incidencia en el Este y Sur peninsular.

Tendrá especial relevancia la estricta aplicación del Plan Nacional de Residuos, que afecta a varios ministerios y entidades autonómicas y locales. Su ámbito afecta tanto a subproductos industriales como de consumo. Este Plan, que se articula en planes autonómicos, está sufriendo la incompreensión local en algunos lugares, lo que obliga a un esfuerzo solidario en beneficio de la mayoría y hace pensar que su aplicación no va a ser fácil.

En lo que se refiere al tratamiento de residuos, cabe destacar la próxima elaboración del plan piloto para la recogida y tratamiento de los residuos clínicos, que servirá de base para la regulación y tratamiento de los residuos de instalaciones sanitarias.

La vigilancia y control sanitario de la calidad del aire exige optimizar la red nacional de vigilancia y prevención de la contaminación atmosférica. La evaluación de los datos obtenidos en la red servirá de base para la declaración de las zonas de atmósfera contaminada para evitar que estas circunstancias puedan afectar negativamente a la salud de los ciudadanos en determinadas zonas y épocas del año, presionando además sobre los servicios asistenciales.

Asimismo, es preciso prestar atención a la contaminación por radiaciones ionizantes. De acuerdo con el Consejo de Energía Nuclear, está previsto un plan de protección radiológica en los centros sanitarios, el seguimiento y valoración de la incidencia del radón en el medio ambiente y en la salud, y la elaboración de la normativa específica sobre láser y radiación de alimentos para su conservación.

El tercer gran bloque de la estrategia «Salud para todos» lo compone la mejora de la asistencia sanitaria. Este es el que en una concepción tradicional de salud ocuparía nuestro tiempo en exclusiva y el que tiene una gran trascendencia para la ciudadanía.

En mi intervención en este punto insistiré en las siguientes líneas políticas que sustentarán la acción del Gobierno en los próximos años. Defensa de los centros públicos y sus profesionales frente a cualquier intento de desprestigio desde dentro o fuera del sistema. Estos centros y esos profesionales son nuestro principal recurso asistencial. Se han creado con el esfuerzo económico de todos los españoles y constituyen un activo que pertenece a todos los españoles. Desprestigiarlos sistemáticamente, más allá de ciertas deficiencias que puedan presentar, es un flaco servicio a la sociedad española, cuando no un intento de aprovechamiento político o económico.

Defensa de criterios racionales de gestión económica, de gestión de personal y de gestión de recursos en general. Dado que los recursos siempre serán limitados, como lo es la recaudación fiscal, cada peseta deberá gastarse donde haga más falta. Esto significa evaluar y planificar cada nueva prestación, mientras que las actuales no lleguen a cada lugar de España con la misma calidad; o, di-

cho de otra forma, limitar el consumo incontrolado de esas nuevas prestaciones.

La tercera línea política es la relativa al aprovechamiento de todos los recursos públicos y privados, y la articulación de todos ellos en el Sistema Nacional de Salud.

La cuarta línea política es explicar con nitidez a la población española los problemas de la asistencia sanitaria, que no son privativos de España, sin permitir que se susciten expectativas desde ofertas ideológicas imposibles de materializar.

En quinto lugar, atender de forma preferente a las personas que sufren enfermedades crónicas y discapacitantes, como enfermos renales crónicos, hemofílicos, lesionados medulares y otros, además de ancianos y enfermos psíquicos.

Comencemos ahora por la evolución de la demanda sanitaria asistencial. Antes de entrar en los programas concretos, debemos recordar, una vez más, la experiencia de los países de nuestro entorno socioeconómico y político, que muestra un crecimiento sostenido de la demanda sanitaria desde hace ya dos décadas, atribuible a nuevos factores ya debatidos en esta Cámara y que está provocando una situación inédita y crítica en todos ellos.

En la actualidad todos los sistemas sanitarios del mundo sufren grandes dificultades, con independencia de la organización o modelo que sigan. España no es una excepción, aunque quizás aquí no se ha llegado aún a establecer un debate social ordenado, basado en datos y no en principios ideológicos o episodios concretos.

En el sector sanitario, tenemos una necesidad percibida por el individuo, una demanda avalada por un profesional y un pago a cargo de la colectividad en la mayoría de los casos. Cada enfermo, cada unidad de producto, es único e irrepetible y exige un trato individualizado. Junto a eso tenemos una demanda estimulada por la propia oferta de servicios.

Todo esto configura que el sector sanitario tenga unas peculiaridades de limitación y naturaleza que le diferencian de las otras organizaciones sociales menos complejas en su funcionamiento. A esa complejidad se unen factores más concretos y nuevos, que están provocando en todo el mundo dificultades y crisis en mayor o menor medida. Veamos esos factores que han producido un cambio cualitativo y cuantitativo en la demanda de servicios, refiriéndonos específicamente a España.

En primer lugar, el cambio en el patrón de mortalidad de la población. En poco más de medio siglo en España, como en todos los países desarrollados, ha cambiado radicalmente la morbilidad, y la mortalidad siendo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de tráfico las principales causas de muerte. La respuesta a este cambio ha sido el continuo incremento de la demanda asistencial, si bien el impacto de ésta en la disminución de estas patologías es limitado y la intervención ante ellas debe basarse más en la eliminación de los factores de riesgo.

En segundo lugar, el envejecimiento de la población. En la actualidad, la proporción de personas de más de 65 años es, en España, de aproximadamente un 12,2 por cien-

to. Se estima que, en el año 2000, será un 15,2 y que esta tendencia se prolongará durante la primera mitad del siglo XXI, alcanzando un punto álgido en el 2030 aproximadamente.

El envejecimiento de la población genera un incremento de las patologías de carácter crónico y degenerativo, lo que se traduce en que con mayor frecuencia se acude a los servicios sanitarios. Para ilustrar este hecho, sólo citaré dos ejemplos. En España las personas mayores de 65 años acuden a las consultas un 60 por ciento más que el resto de la población. Utilizan el hospital 1,6 veces más y representan el 35 por ciento de las estancias totales. Piénsese además en nuestro déficit de camas de cuidados intermedios o cuidados para crónicos.

Otro ejemplo. Para una media de diez países de la OCDE, las personas de más de 65 años generan anualmente un gasto sanitario 4,3 veces superior al de las personas entre cero y 65 años, siendo 5,9 veces superior el gasto de las personas de más de 75 años. Por esta razón, todos los gobiernos y todas las autoridades sanitarias, incluidas lógicamente las españolas, tienen que hacer un esfuerzo muy específico para atender a este segmento de la población que está más desasistido y es más desvalido.

En tercer lugar, el desarrollo de nuevas tecnologías como factor de crecimiento de la demanda de asistencia sanitaria. En los últimos treinta años se ha producido un avance de la tecnología médica superior a lo ocurrido en toda la historia anterior de la humanidad. La perspectiva es que este proceso se acelere aún más, afortunadamente para el hombre. Sin embargo, este proceso presenta un aspecto negativo. Al contrario de lo que sucede en otras actividades humanas, la tecnología médica no siempre reduce los costes económicos, sino que, con frecuencia, los aumenta.

Por otra parte, se produce todavía un bajo índice de sustitución de la tecnología médica que hace coexistir las nuevas tecnologías con las más tradicionales.

El cuarto factor de crecimiento de la demanda es la aparición de patologías nuevas, como el SIDA, con un impacto social, sanitario y económico de difícil previsión y al que me referiré después.

En quinto lugar, tenemos los cambios sociales. La complejidad de la vida en las grandes urbes, la reciente incorporación de la mujer al trabajo, el debilitamiento de los lazos familiares y la materialización de ámbitos familiares nucleares, unido a la todavía débil infraestructura de servicios sociales en España, estimula la utilización de los servicios sanitarios.

El sexto factor de crecimiento de la demanda son las mayores expectativas de la población hacia el sistema sanitario. El desarrollo económico y cultural de nuestro país ha generado en la población una mayor, más cualificada y exigente demanda en cuanto a su derecho a la salud. Estas lógicas aspiraciones suponen la consecución de una mayor y mejor accesibilidad geográfica a los servicios, lo que implica acercar los recursos a la población e incrementar esa accesibilidad en cuanto a la ausencia de trabas administrativas y de participación en el coste. Por otra parte, se demanda no sólo mejorar la calidad y efi-

cacia de la atención sanitaria sino, lógicamente, también mayor confort y privacidad, así como mejor información y control del proceso asistencial por el paciente y su familia.

En séptimo y último lugar, tenemos la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública. En la mayoría de los países con un sistema público o mixto, como en España, y a diferencia de los de mercado puro, como Estados Unidos, la práctica totalidad de la población tiene una cobertura asegurada en mayor o menor medida. En nuestro país, en los siete años de gestión socialista, la asistencia sanitaria pública ha aumentado un 12,5 por ciento con respecto al total de la población, extendiéndose la misma a casi seis millones de ciudadanos, como saben SS. SS. El mecanismo utilizado ha sido la integración como beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a parados, trabajadores autónomos, descendientes de beneficiario, independientemente de su edad, y personas con una renta individual disponible no superior a un mínimo.

Los siete factores que he descrito, señorías, han determinado un fuerte incremento de la utilización de servicios sanitarios, fundamentalmente hospitalarios, en los últimos años. Este fuerte crecimiento en la demanda es superior al aumento de la población protegida durante este período, incluso si se tiene en cuenta el incremento vegetativo de la población, situándose en un aumento real de la utilización de servicios por persona protegida en torno al 2 por ciento anual, que es la tasa de crecimiento más elevada en la utilización de los servicios dentro de la Comunidad Económica Europea y del grupo de países de la OCDE. Concretamente, entre 1985 y 1989, en el área del INSALUD, los ingresos en hospitales crecieron un 18 por ciento; las intervenciones quirúrgicas, un 29 por ciento, y las urgencias un 44 por ciento. Los indicadores de utilización por mil habitantes, han pasado, en ingresos, de 52 a 61 por mil; en intervenciones, de 24 a 32 por mil; en urgencias, de 154 a 272 por mil. Estoy hablando sólo del INSALUD, es decir, de la mitad del sistema sanitario español. En ingresos hospitalarios hemos pasado de 1.047.000, en 1985, a 1.232.000, en 1989 (son cifras provisionales en el caso de 1989). En intervenciones quirúrgicas hemos pasado de 491.000 a 635.000; en urgencias, de 3.098.000 a 4.474.000.

Si estimamos que el INSALUD realiza la mitad de la actividad asistencial en España —lo que supone un cierto sesgo a la baja ya que la frecuentación de los servicios es mayor que la media nacional en Cataluña y en otras comunidades autónomas transferidas—, para dar una idea de la actividad diaria del Sistema Nacional de Salud en el campo de la asistencia, voy a subrayar unos datos. Urgencias hospitalarias estimadas, 24.500 cada día en todo el territorio nacional; ingresos hospitalarios, 6.800 cada día; intervenciones quirúrgicas, 3.500 cada día; consultas hospitalarias, 45.600 diarias.

Lo anterior supone que, en 1989, uno de cada 16 españoles ingresó en un hospital, lo que equivale al 6,25 por ciento del total de la población de nuestro país. Uno de cada 30 españoles fue intervenido quirúrgicamente, lo

que equivale al 3,3 por ciento de la población española. Uno de cada 4,5 españoles acudió a una urgencia hospitalaria, lo que equivale al 22,2 por ciento de la población española.

La respuesta a este incremento de la demanda se realiza, sobre todo, a través de la asistencia sanitaria pública. Para afrontar ese incremento de la demanda, en España se está haciendo un esfuerzo de construcción de nuevos centros públicos, que ya he detallado en varias ocasiones en esta Comisión; remodelación de edificios; modernización de urgencias, y dotación de tecnología e incorporación de nuevo personal. Este esfuerzo es muy intenso desde 1987, con independencia de que no haya podido resolver todos los problemas existentes. Esta nueva asignación de recursos se basa en los principios de equidad y solidaridad, que se traducen en accesibilidad para los usuarios a los servicios aunque estén en zonas alejadas. Por esta razón, los casi 30 nuevos hospitales y más de 400 centros de salud puestos en funcionamiento desde 1983 fueron, en su mayoría, comarcales y rurales.

En cuanto a las inversiones globales, las líneas básicas que las han inspirado han sido las siguientes: mayor importancia relativa de los fondos destinados a reposición en centros y equipamiento, mayor incremento relativo de las inversiones en atención primaria que en atención especializada (digo relativo, no global), y aumento de la inversión en equipamientos de alta tecnología, de los que nuestros hospitales y nuestros centros no estaban bien dotados hasta hace poco.

En cuanto a las inversiones en tecnología, que fueron, en 1989, un 156 por ciento superior a las de 1983, han permitido introducir la más reciente tecnología, la más sofisticada, como litotriectores o resonancias magnéticas, e instalar aparatos de tomografías axiales, TAC, en todos los centros de más de 300 camas o ubicados en capitales de provincia. También han hecho posible dotar de tecnología convencional en diagnóstico a los centros más apartados y renovar y extender la de tratamiento.

En cualquier caso, señorías, es seguro que la demanda seguirá creciendo fuertemente en los próximos años, por razones demográficas, institucionales, sociales y técnicas que antes he descrito, por lo que habrá que insistir en aumentar la capacidad de la oferta pública, sin olvidar la privada, con las pautas siguientes.

En primer lugar, mejora de la gestión. Los esfuerzos en consolidación y formación de equipos directivos ya los conocen SS. SS., y los veremos después. En los próximos años se aumentará la autonomía de los centros en el terreno presupuestario de contratación de personal, de inversiones, de desarrollo de su propia estructura administrativa y de participación en ingresos por terceros, compañías de seguros de automóvil principalmente. Como luego veremos, esta autonomía debe descansar en una nueva cultura de gestión difundida entre todos los profesionales. Para contribuir a esa mejora en la gestión ya se está trabajando en la introducción de una tarjeta individual sanitaria para todos los ciudadanos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud. Esta tarjeta será un instrumento de identificación personal que permitirá también el se-

guimiento de prestaciones de los servicios de una comunidad autónoma a ciudadanos de otra comunidad, y la diferenciación de personas acogidas a regímenes específicos como los de mutualidades del Estado o entidades colaboradoras, además de facilitar individualmente el acceso a los servicios. El proceso de implantación será progresivo atendiendo antes a los ciudadanos que se incorporan al sistema sanitario, es decir, los recién nacidos, y aquellas personas sin recursos económicos suficientes, a los que se está extendiendo la cobertura sanitaria de la Seguridad Social desde el año pasado. Por último, a los trabajadores sanitarios y después al resto de la población, a demanda de la misma. La implantación de la tarjeta individual sanitaria hará más operativa y real la libre elección de médico y pediatra al sustituir el cupo de cartillas familiares por el de personas, y por tanto una mejor distribución de los recursos entre los ciudadanos.

Por otra parte, se aumentará el esfuerzo encaminado a potenciar las áreas de admisión y atención al paciente y de servicios generales, en particular los de hostelería y mantenimiento, refiriéndonos, lógicamente, a hospitales.

Por último, se aplicará el plan de dotación informática de la asistencia sanitaria, el plan DIAS, elaborado conjuntamente con el Ministerio de Industria. En 1989, ya se han dotado de equipos informáticos completos 87 hospitales, 50 ambulatorios y 200 centros de salud.

Para adecuar esa oferta pública se actuará, en segundo lugar, en la mejora de la atención primaria. Durante los últimos años se ha producido en nuestro país un cambio en la organización y carácter de los servicios sanitarios de atención primaria.

En la actualidad, el 50 por ciento de la población está cubierta por centros de salud y la petición unánime es que su número aumente cuanto antes. Esta petición debe ser atendida diferenciando entre equipos de atención primaria y centros de salud. En cuanto a los primeros, lo previsto es que toda la población sea atendida por equipos en un plazo de tres años. En cuanto a los centros de salud, no deben implantarse en zonas de montaña o con población dispersa, donde las inversiones deberán concentrarse en consultorios y medios materiales individuales.

La creación de nuevos centros de salud y el mantenimiento de los mismos sólo podrá realizarse en coordinación con las comunidades autónomas y acentuando el papel de los municipios grandes y pequeños, cuya necesaria presencia en la atención primaria es recalçada por la Organización Mundial de la Salud.

Reitero, señorías, que he diferenciado entre equipos de atención primaria y centros de salud, que es el edificio físico donde trabaja normalmente un equipo. Los equipos cubrirán toda la población, pero, atendiendo a la demanda de los ayuntamientos y de los ciudadanos de las zonas de montaña o con población dispersa, esos equipos no se ubicarán en un centro de salud, sino que trabajarán conjuntamente, aunque desarrollando su actividad en consultorios.

Reitero todo esto, señorías, porque recientemente se ha suscrito un acuerdo con todas las organizaciones sindicales representativas del sector sanitario —UGT, Comisio-

nes Obreras, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, SASTE, Sindicato de Enfermería, y CSIF—, estableciendo ese plazo de tres años para la implantación de equipos de atención primaria en todo el territorio del INSALUD, aumentando la retribución de médicos y ATS todavía no integrados, reforzando los recursos para aumentar libranzas, garantizando la formación continuada y abordando otros problemas históricos de la sanidad rural.

Sobre este asunto debo añadir claramente, respecto a peticiones de ciertas organizaciones que no revalidaron su representatividad en las elecciones sindicales pesadas y que sí están integradas en sindicatos que lo hicieron, que el Ministerio de Sanidad y Consumo no va a conculcar la legalidad vigente suplantando las competencias de las comunidades autónomas, ni va a establecer precedentes de dedicación horaria en el medio rural que pueden afectar a otras profesiones y funcionarios públicos o bien originar tensiones con los municipios.

Además, el próximo día 7 el pleno del Consejo Interterritorial aprobará un compromiso individualizado por parte de las comunidades autónomas sobre concursos de traslado en el primer semestre de este año, acceso de interinos a plazas definitivas y retribuciones básicas. Con ello quedará establecido un plan completo de mejora del ejercicio de los sanitarios rurales, que culminará con la dotación de mayores medios, de acuerdo con una lista detallada, y el acceso progresivo a la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

Los medios técnicos en la atención primaria serán ampliados, permitiendo que desde ella se solucionen problemas relacionados con la salud de los ciudadanos sin necesidad de internamiento o desplazamiento de las urgencias hospitalarias.

Tenemos las actuaciones en la atención especializada. Los objetivos del Ministerio de Sanidad y Consumo, con las comunidades autónomas transferidas coordinadamente en lo referente a la atención especializada para los próximos años, son los siguientes. Primero, aumentar las camas disponibles de cuidados intermedios y para crónicos, de las cuales España es deficitaria, en especial en el centro de grandes ciudades, como Madrid. Para ello se recurrirá a remodelaciones y reordenación de centros públicos y aprovechamiento de centros privados, como ya se ha empezado a hacer.

En segundo lugar, habrá que distribuir los recursos hospitalarios incrementando los mismos en las áreas peor dotadas, por lo que se concluirá la construcción de los centros de Torrelavega, Getafe, Alcázar de San Juan, Ponferrada, Manacor, Gran Canaria, Alcorcón, Palma de Mallorca, Verín y Santiago, a los que debe unirse los diez que tienen en construcción las comunidades autónomas con transferencia del INSALUD. En la actualidad, el INSALUD estudia la construcción de otros dos.

En tercer lugar, debemos modernizar la red adecuando los hospitales a los cambios producidos en la demanda, así como a los avances tecnológicos y científicos. El programa correspondiente incluye 35 centros en los que se hará una remodelación integral o parcial, en el período 1989-1993. Por último, se incrementarán y reordenarán

los recursos de la atención especializada ambulatoria.

En cuarto lugar, para atender ese incremento de la demanda de servicios asistenciales se aplicará un programa de inversiones en tecnología. El programa para los próximos años se orienta a distribuir más equitativamente las inversiones entre hospitales y centros de especialidades, lo que hará posible equipar mejor estos últimos y disminuir las derivaciones de pacientes a los hospitales.

Asimismo, se pretende seguir con la política de inversiones en alta tecnología de los últimos años. En este sentido, para 1990 está previsto adquirir por el INSALUD —sólo por éste, no me refiero a las comunidades autónomas transferidas— nueve TAC, ocho angiógrafos digitales, doce ecocardiógrafos, tres litotritores, cuatro salas de hemodinámica, tres aceleradores lineales para tratamientos oncológicos, tres unidades de cobaltoterapia para la misma finalidad, once gammacámaras y dos simuladores radioterápicos, también para finalidades oncológicas.

En quinto lugar, tenemos las actuaciones en urgencias. Hace un año que en esta misma Comisión se debatió un informe específico sobre urgencias del Defensor del Pueblo, habiendo explicado el Gobierno con todo detalle el fondo de la cuestión y sus planes de ejecución o previstos. Estos días han vuelto a reavivarse las informaciones al respecto y por eso debe volver a recordarse aquí lo que se dijo el pasado 7 de febrero. Concretamente, en la última década se ha producido en todo el mundo un espectacular crecimiento en la utilización de los servicios de urgencia, especialmente los hospitalarios, que preocupa a todos los responsables sanitarios, puesto que las diversas soluciones dadas al principio no han resultado ser tan eficaces como se presumía. Las causas enlazan con las que provocan el aumento general de la demanda y que entre el 25 y el 30 por ciento de las urgencias —sólo ese porcentaje— responde a auténticas necesidades de urgencia hospitalaria.

No obstante, tanto en el terreno del INSALUD como en el de las comunidades autónomas con transferencia, se ha producido, en 1989, un aumento del número de urgencias hospitalarias algo menos acusado que en años anteriores, con excepción de algunas áreas muy concretas, como el sur de Madrid. Esto hace pensar que empieza a dar resultado la mejor coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria, como recomendaba el informe del Defensor del Pueblo, y que la población empieza a colaborar positivamente.

Respecto al cumplimiento de las recomendaciones del Defensor del Pueblo, debo subrayar ante SS. SS. que, en opinión del Defensor, ha sido satisfactorio, según comunicación personal recibida en el Ministerio de Sanidad y Consumo, y así constará, según lo ha anunciado, en su informe anual a esta Cámara.

Como expuse en la comparecencia específica sobre este asunto, el 7 de febrero de 1989, se está ejecutando un plan que comprende, entre otras medidas, la culminación del programa del INSALUD para remodelar hasta 1991 todos los servicios de urgencia en hospitales construidos antes de 1975. Este programa se está ejecutando en la actualidad y avanza al ritmo previsto.

Están terminadas ahora las obras de remodelación en 14 hospitales; están en ejecución en seis hospitales —el General de Albacete; el Miguel Servet, de Zaragoza; Nuestra Señora de Covadonga, en Asturias; Sonsoles, en Avila; Don Benito, en Badajoz, y Llerena, también en Badajoz—, y están en fase de concurso o de proyecto otros veintidós: Hospital General de Guadalajara; el de Puertollano; el Doce de Octubre; los de Alcalá de Henares, Móstoles, etcétera.

Otra medida entonces tratada era la creación de puntos de atención continuada durante las 24 horas del día para la atención de las urgencias extrahospitalarias. En 1989, se han puesto en funcionamiento 71 puntos nuevos además de los 216 que existían anteriormente, con una inversión de 1.370 millones de pesetas. En 1990, se implantarán otros 75 puntos.

Otra medida era la creación de unidades de coordinación de urgencias en todas las provincias encargadas de orientar las demandas de los usuarios. Este servicio ha sido puesto en marcha en Madrid a partir de la nueva figura del coordinador de urgencias, que se ha creado en todos los grandes hospitales. Dichas unidades serán dotadas de un sistema de comunicación —el teléfono 061— y de nuevos medios de transporte sanitario que luego se pueden detallar. El nuevo teléfono, después de haberse experimentado en Cantabria, Ciudad Real y Asturias, comenzó a implantarse experimentalmente en la Comunidad Autónoma de Madrid como parte del programa integral de reforma de las urgencias que se está llevando a cabo durante el trienio 1989-1991. Desde su puesta en servicio, insisto que experimental hace dos semanas; se produce un promedio de 3.000 llamadas al día. De ellas sólo aproximadamente el 5 por ciento corresponde a auténticas necesidades de urgencia, lo que supone una proporción claramente superior a la obtenida en las comunidades autónomas que lo implantaron antes y que exigirá la colaboración de los ciudadanos en su correcto uso.

En sexto y último lugar, se atenderán las necesidades más prioritarias con carácter específico. En el campo de la asistencia pública se actuará sobre la necesidad, insisto, más prioritaria de los pacientes que, en opinión del Gobierno, es la reducción de los tiempos de espera. Como ustedes ya conocen, existen tres clases de tiempo de espera: de hospitalización, de consulta externa y de servicios centrales, que están interrelacionados. Por otra parte, los recursos operativos de cada hospital son limitados, lo que puede originar, por ejemplo, que una disminución de los tiempos de espera de consulta externa ocasione un incremento de los tiempos de espera de hospitalización. A lo largo de los últimos años se han seguido estos tiempos por centro y servicios concretos, dotando de más medios a los que disponían de recursos más limitados. Eso está permitiendo reducir los tiempos de espera de diagnóstico, pero en menor medida los de tratamiento.

En el marco que he descrito, las actuaciones de la Administración sanitaria son las siguientes: incrementar los recursos humanos y materiales necesarios en los servicios menos dotados, impulsar la política de conciertos, potenciar las áreas de admisión y documentación clínica en-

cargada de regular el movimiento de pacientes y de acortar las estancias, intensificar las modalidades de atención sanitaria, que no precisen internamiento, implantar programas de pre-admisión, aumentar las horas de actividad del quirófano y la dotación de centros de apoyo a los hospitales de tercer nivel para desviar aquellos pacientes que precisan de otro tipo de cuidados intermedios o crónicos.

La respuesta al aumento de la demanda a través de la asistencia sanitaria privada constituye otro de los ejes de actuación de la política asistencial para los próximos años. A lo largo de la pasada legislatura, una prioridad política ha sido incrementar el aprovechamiento de los recursos privados mediante la mejora de los conciertos y la apertura de una línea de crédito especial, a través de la banca pública, con determinadas instituciones, especialmente las de carácter benéfico. Tanto la naturaleza de nuestro sistema nacional de salud, establecida en la Ley General de Sanidad, como los crecientes problemas de atención sanitaria y social que se perfilan en toda Europa, reclaman una movilización de todos los recursos con independencia de su naturaleza y titularidad jurídica. Conviene recordar, a efecto de conocer las posibilidades reales de colaboración en la atención de la creciente demanda de servicios, los rasgos más sobresalientes del subsector privado en España y su verdadera dimensión. En primer lugar, destaca su diversidad, ya que está compuesto por instituciones sin fin de lucro y otras de carácter lucrativo que comprenden tanto a los médicos con práctica privada en instituciones concertadas con el sistema público, como a las sociedades anónimas, las sociedades mutuas, los grupos de práctica sanitaria, las entidades de previsión social y las sociedades cooperativas que operan bajo la Ley de ordenación de los seguros privados.

Hasta hace pocos años el sector privado español se caracterizaba por la atomización, la ausencia de gestión profesional, los desequilibrios económicos empresariales y las dudas sobre su futuro en la oferta asistencial. En la pasada legislatura se han producido modificaciones que apuntan a una mayor sensibilidad hacia los mensajes de gestión empresarial profesionalizada y concentración de empresas emitidos por la autoridad sanitaria y una mayor comprensión de las líneas de política sanitaria que va a contar con esa iniciativa privada. Aun en la actualidad, una nota característica del subsector es el elevado número de entidades en funcionamiento. A finales de 1987 existían 222 entidades, la mayoría de reducido tamaño y de ámbito regional, incluso local. Sólo un pequeño grupo de diez entidades recaudaron más de las dos terceras partes de las primas totales. Sin embargo, se ha advertido un proceso de concentración. A finales de 1987 un total de 38 entidades causaron baja en el registro de entidades de la Dirección General de Seguros y de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, de las cuales 27 fueron absorbidas, 8 desaparecieron por cesiones de cartera y 3 se disolvieron. El proceso se ha intensificado en los años 1988 y 1989.

El total de personas aseguradas a finales de 1987 era de 5.330.000. Sin embargo, hay que distinguir dos segmentos dentro de esta cifra. De un lado, la cobertura sa-

nitaria de los funcionarios públicos, que supone el 40 por ciento de las primas y, de otro, el resto de las pólizas adquiridas en el mercado, individual o colectivamente, de forma voluntaria. Conviene destacar estas proporciones relativas, puesto que no siempre se comprenden bien y se habla de cifras globales erróneamente. En relación con la cobertura, el contenido de las pólizas está cambiando para aproximarse a una oferta complementaria a la que realiza el sector público. Sin perjuicio de que subsistan pólizas que incluyen todo tipo de servicios, se da una tendencia a ofertar servicios específicos, como atención primaria y hospitalización. En mi opinión, esa tendencia a la especialización deberá continuar.

El Ministerio de Sanidad y Consumo concentrará su actuación en dos principales líneas de planificación estratégica, coordinada con el subsector, y actualización de la ordenación legal y reglamentaria. El principal instrumento de planificación estratégica para el subsector privado será su participación e integración, como viene reclamando el propio subsector, en la elaboración del plan integrado del sistema nacional de salud. Su participación en el sistema nacional de salud se extenderá también a la formación del personal y utilización de los recursos sanitarios humanos y físicos del conjunto del sistema nacional de salud.

Finalmente, es imprescindible que el subsector privado diseñe una estrategia empresarial solvente, mantenga una interlocución, como viene haciendo, con las autoridades sanitarias y asegure una gestión eficiente y una estructura viable en dimensiones, cobertura, personal, costes y garantías de calidad. Señorías, debo afirmar al respecto que el Gobierno sigue con atención las crisis empresariales y los cambios de propiedad que se están produciendo en el subsector privado sanitario español y que se mantiene en contacto con los principales grupos, instándoles a que no se produzcan movimientos económicos especulativos y a que se midan bien los riesgos empresariales en una actividad tan difícil, compleja y de crecientes costes como es la sanitaria.

Por lo que respecta a la actualización del marco legal, las disposiciones más avanzadas en su elaboración se refieren al proyecto de real decreto que liberaliza la normativa básica sobre entidades de asistencia sanitaria y a la orden que liberaliza también el importe de la participación del asegurado en los seguros de asistencia sanitaria. Por último, se está trabajando desde hace varios meses en una norma que regula los conciertos entre el INSALUD y los centros privados y públicos, en la línea de hacer más objetiva y clara la clasificación de éstos y de mejorar los precios aplicados. Igualmente se ampliará la línea de crédito especial del Banco Hipotecario de España, con subvención de capital del Ministerio de Sanidad y Consumo, puesta en marcha en 1969 y dirigida preferentemente a la financiación de inversiones de entidades sin fin de lucro.

Pasando ahora a la prestación farmacéutica, conviene destacar que ésta es una de las de mayor calidad del servicio nacional de salud, llegando en igualdad de condiciones a todos los lugares de España. Su coste ha venido ex-

perimentando un constante crecimiento desde 1986 que la sitúa en 1988 en un importe de 347.970 millones de pesetas a precios venta al público y 303.822 en gasto público. A lo largo de los últimos tres años el crecimiento medio anual ha sido del 19,3 por ciento. Como ya se ha señalado, el crecimiento de la prestación ha sido continuo. Partiendo de un aumento del 22,6 por ciento en 1982, se alcanza un mínimo porcentaje de incremento anual en 1984 del 6,9, y se experimenta una aceleración en 1987, el 19,8, para llegar a un 19,9 en el período enero-octubre de 1989.

En cuanto al tiempo de medicamento que más se prescribe es el de los vasodilatadores periféricos, que son los primeros en importe, 24.000 millones de pesetas de gasto público en 1988, aunque en número de unidades aparece en cabeza el subgrupo de expectorantes, 14.000 millones de pesetas de gasto público en 1988. Son los pensionistas, con un 55,8 por ciento de las recetas y un 68 por ciento del gasto, en 1988, los que constituyen el principal bloque de la prestación, a pesar de que representan el 21,5 por ciento de la población protegida por la Seguridad Social. En este grupo, el aumento anual es más rápido tanto en importe, un 359 por cien de los últimos 10 años, como en recetas, un 55 por ciento en ese período, mientras que los activos han reducido, por su consumo, el número de recetas.

Estas cifras y tasas de crecimiento, con ser muy importantes, no son, sin embargo, tan relevantes para el Gobierno como el uso racional de los medicamentos concretos, globalmente y en cada caso. Durante los últimos 50 años, los avances en la terapia farmacológica han sido formidables. Enfermedades antes graves, incurables, son hoy tratadas con éxito gracias a los nuevos medicamentos. Sin embargo, en todos los países se ha constatado que los medicamentos pueden llegar a ser fuente de perjuicios para la salud. En los países desarrollados se ha hablado de un fenómeno de sobreconsumo, con riesgos de toxicidad, reacciones adversas y mala gestión de recursos. Por ello, se insiste en todo el mundo en el concepto de uso racional de medicamentos. No obstante, este uso racional está condicionado no sólo por variables técnicas, farmacológicas y clínicas sino también por razones sociales, económicas, legales, culturales e históricas. Si se compara la evolución del gasto y su composición a la luz de los conceptos antes explicados, se deduce una necesidad de aplicar medidas en orden a la racionalidad de este consumo en España. En esta necesidad influye también el futuro marco farmacéutico europeo. Aunque el Gobierno español mantiene grandes reservas respecto a ello, por las consecuencias negativas que tendría para nuestro país, en el horizonte futuro de las Comunidades Europeas comienza a debatirse un posible registro común de medicamentos, un mayor poder para el comité de especialidades farmacéuticas y la obligatoriedad de registro automático en todos los países cuando se produzca la aprobación en dos de ellos. Frente a esa posibilidad, España, que es el quinto país de la Comunidad Europea en cuanto a gasto público de medicamentos, no tiene el mismo margen de maniobra que nuestros socios comunitarios. Una caracterís-

tica común a todos los países de la Comunidad, con excepción de España, es la existencia de listas negativas o positivas de medicamentos a prescribir a cargo del sistema público. De esta forma, cuentan con listas positivas Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia y Portugal, y con listas negativas Holanda, Irlanda, Reino Unido y Alemania.

En cuanto a la aportación del beneficiario, la tónica general es el establecimiento de categorías de medicamentos por su utilidad terapéutica, variando la aportación desde la exención hasta el abono de porcentajes muy elevados. Puede llegar hasta el 75 por ciento en Bélgica, por ejemplo. En la práctica, señorías, y en comparación con lo que acabo de describir respecto a Europa, España proporciona una prestación farmacéutica en condiciones más ventajosas para el usuario, que habrá que mantener en la medida de lo posible y deseable.

En la línea de racionalización del uso, la contención del gasto farmacéutico es una preocupación en todos los países de la Comunidad Económica Europea, estableciéndose en ellos, o estando en estudio, una serie de medidas que son comunes con frecuencia a varios países. Entre ellas destaca la inclusión de medicamentos en las listas negativas, variación en la aportación del usuario, fomento de la prescripción de genéricos, control de precios, fijación de precios de referencia por encima de los cuales no será reembolsable el medicamento, acuerdos con la industria en cuanto a márgenes, etcétera.

Veamos ahora los retos y necesidades en la prestación farmacéutica en los próximos años. En España, a la vista de la experiencia propia y de los países de nuestro entorno, se han formulado y de hecho se han llevado a cabo, con diferentes resultados, distintas medidas encaminadas a controlar o moderar el incremento del gasto. Hoy, el objetivo exclusivo de contención del gasto se contempla en relación con el futuro marco europeo y con las exigencias de una política global de uso racional de los medicamentos, dentro de la estrategia «Salud para todos». Por otra parte, no debe olvidarse el desarrollo de la industria farmacéutica instalada en España.

En definitiva, durante la presente legislatura se tratará de seguir garantizando una buena prestación farmacéutica a todos los ciudadanos, una distribución que llegue a todos los núcleos de población y una sólida industria nacional y multinacional instalada en España. Todo ello, lógicamente, con un coste financiable por el Sistema Nacional de Salud y orientado en una perspectiva europea. Bajo esta óptica, cuantitativamente más completa y cualitativamente más avanzada, las medidas a adoptar en el futuro deberán centrarse, en primer lugar, en medidas sobre la demanda; por ejemplo, sobre el médico demandante ha de continuarse y mejorarse la publicación y difusión de las fichas de transparencia, la reedición para 1990 de la guía farmacoterapéutica para la atención primaria, la difusión del diccionario de principios activos, la continuación o la revisión de las monografías editadas por MEDICON, etcétera. En segundo lugar, habrá que tomar medidas sobre la oferta. El control sobre el precio de los medicamentos, actualmente basado en el escándalo multi-

plicativo, se debe revisar en función de la directiva comunitaria de transparencia, que implica un nuevo procedimiento de fijación de precios basado en el análisis objetivo de costes, con posibilidad de revisiones individualizadas y coyunturales, y que pretende fomentar la transparencia y competencia del sector. También habrá que estudiar el establecimiento de categorías de medicamentos por su utilidad terapéutica, revisando la lista de los medicamentos publicitarios. Igualmente se actualizarán, acercándolas a las europeas, las normas que regulan la promoción y la publicidad de medicamentos, actualmente muy insuficientes en nuestro país. En resumen, una política de uso racional de medicamentos y un gasto farmacéutico asumible para la Seguridad Social exigen la adopción de medidas de reforma de la prestación, puesto que las medidas de gestión no son de por sí suficientes para frenar el crecimiento. Estas medidas deben ser paralelas a las adoptadas por los restantes países comunitarios y deberán inscribirse en una política global de uso racional del medicamento, en concordancia con las previsiones del proyecto de ley del medicamento.

El cuarto gran bloque de actuación en la estrategia «Salud para todos» lo compone la implementación de recursos complementarios a la promoción de hábitos saludables, la prevención de riesgos ambientales y la mejora de la asistencia. Entre ellos destacan los recursos humanos. Y dentro de esos recursos destacan los médicos, entre los cuales se produce un importante subempleo y paro que a veces se utiliza como arma arrojadiza contra el Gobierno, tergiversando sus responsabilidades. Estas responsabilidades en absoluto afectan a la mayoría que existe en esta Cámara desde 1983, entre otros motivos porque no son competencia del Gobierno. España, que hasta 1970 había mantenido unas tasas de incremento de la población médica semejantes a la media de la Comunidad Económica Europea, conoció durante el período 1970/1983 un crecimiento inusitado. Durante ese período el número de médicos formados fue de 76.827, lo que equivale a un 63,6 por ciento del total de médicos existentes a finales de 1983. En el decenio 1973/1983 el número total de médicos de la Comunidad Económica Europea creció un 45 por ciento. Pues bien, en España este crecimiento fue del 97 por ciento. Concretamente, si hasta 1974 el número de licenciados anuales estaba en torno a 2.700, éste creció progresivamente hasta 10.346 en 1983, y empezó a descender a partir de entonces hasta los más de 5.500 de 1989, que aún son muy superiores a la media de la Comunidad Económica Europea. Así, señorías, en 1970 el número de médicos colegiados en España era de 45.335; en 1980 era de 86.253, y en 1988 era de 184.100. Sin embargo, fue en 1980 cuando comenzaron a aplicarse, no sin dificultades, las medidas de selectividad en las facultades de Medicina, implantadas desde muchos años antes en otros países de la Comunidad Económica Europea.

Hay que recordar aquí los esfuerzos de los gobiernos socialistas para convencer a las facultades de Medicina sobre la necesidad imperiosa de limitar la admisión de estudiantes, dado que las universidades son autónomas en ese terreno desde 1980. La consecuencia más dramática

de esta plétora médica ha sido, sin duda, la aparición del fenómeno del subempleo y desempleo médico que, por cierto, también se da, aunque en menor medida, en otros países desarrollados. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha intensificado su colaboración con la Organización Médica Colegial al objeto de conocer, por encuesta, la situación real de ese colectivo y reorientar su formación hacia áreas de actividades necesarias para el Sistema Nacional de Salud, así como actualizar sus conocimientos en los campos de atención primaria y de las urgencias.

En estrecha relación con este asunto está la formación postgraduada, partiendo de los requisitos que deben cumplir los centros y unidades asistenciales para la formación de especialistas y la cobertura de las necesidades futuras. La política realizada por la mayoría de los países, consistente en relacionar la oferta de plazas acreditadas para la docencia en cada una de las especialidades con las necesidades de los especialistas, ya viene aplicándose desde hace mucho tiempo. Sin embargo, en nuestro país, la vía seguida hasta hace poco consistía en fijar la capacidad docente acreditada y ajustar a ésta la oferta de plazas en formación. En este terreno, por criterios de acreditación más estrictos, emanados del Consejo Nacional de Especialidades, junto a razones económicas y de presión a la baja del número de licenciados, entre 1984 y 1986 se limitó el número de plazas MIR. Debo recalcar la presencia de los Colegios de Médicos en el Consejo Nacional de Especialidades y su posición en favor de esa reducción, que frecuentemente se endosa en exclusiva al Gobierno. Esta situación ha sido modificada en las tres últimas convocatorias MIR, elevando el número de plazas en un 148 por cien, teniendo en cuenta las necesidades presentes y futuras de especialistas. Para ello y a través del Consejo Interterritorial se viene diseñando desde 1988 la oferta anual de plazas de MIR, sobre todo en las especialidades que más necesita el sistema nacional, tales como anestesia, cirugía general, oftalmología, radiodiagnóstico, traumatología, urología, alergia, geriatría y psiquiatría, y esta decisión se traslada después al Consejo Nacional de Especialidades, que ha colaborado muy positivamente en la elevación de las últimas convocatorias.

Para llevar a cabo una planificación de recursos de médicos se ha diseñado un programa partiendo de la constitución de un registro de datos de todo el personal sanitario, en colaboración con la Organización Médica Colegial. Igualmente, se están realizando estudios para calcular el número de profesionales de enfermería necesarios, en colaboración con el Consejo General de Diplomados de Enfermería. Se está realizando un macrodiagnóstico de la situación de la profesión de enfermería en nuestro país, y con ello se pretende evitar en España el déficit de estos profesionales, que se observa en toda Europa, con graves consecuencias para los sistemas sanitarios.

Por último, debo añadir en cuanto a recursos humanos que, a lo largo de esta legislatura, se negociará la actualización de los estatutos de las profesiones sanitarias en una línea no funcionariante. Esa negociación se hará por áreas, distinguiendo entre carrera profesional, sistema de selección, régimen disciplinario, régimen de vinculación

y responsabilidad. Esta negociación se llevará a cabo con las centrales sindicales con representación emanada de las elecciones sindicales.

En cuanto a la formación continuada de los recursos humanos, el Ministerio de Sanidad considera que las actividades en este terreno no son responsabilidad exclusiva de la Administración o administraciones sanitarias, sino que constituye una actividad en la que deben participar otras instituciones sanitarias, académicas, sociedades científicas, colegios y fundaciones. Siguiendo esa línea de actuación, el Departamento de Sanidad en 1989 estableció convenios de colaboración en cursos de formación con varios organismos del tipo citado. Señorías, la formación continuada de los profesionales del Sistema Nacional de Salud está avanzando y consolidándose. Los esfuerzos realizados en este sentido desde 1987 están dando ya frutos. Quisiera aprovechar esta ocasión para agradecer a las organizaciones profesionales, los colegios principalmente, y a las sociedades científicas su receptividad y su colaboración en la formación continuada, tan demandada por los profesionales del Sistema. Tomando como base las anteriores experiencias, se está elaborando un plan trienal 1990-1993 de formación continuada, dirigida tanto a los profesionales del Sistema Nacional de Salud como a los que están contratados o en desempleo. La financiación de este plan contará con la participación de los fondos del INEM y del Fondo Social Europeo, además de los fondos del propio Departamento de Sanidad y de las comunidades autónomas transferidas. En 1990 se iniciará, además, la colaboración de una normativa de formación continuada con las comunidades autónomas para establecer las condiciones de acreditación de las actividades docentes y el baremo de las mismas, previéndose la constitución de una comisión nacional de formación continuada.

La formación de directivos y gestores a través de la Escuela Nacional de Sanidad es otro aspecto de la mejora de los recursos humanos. Ese ha sido un objetivo permanente del Ministerio de Sanidad y Consumo en estos años para dotar de una cultura de gestión a las instituciones sanitarias, entendiendo a éstas como empresas públicas prestadoras de servicios asistenciales. Hasta ahora se ha puesto de manifiesto la insuficiencia en España de instituciones docentes experimentadas en la formación de gestores específicos para instituciones sanitarias. Por esa razón, el Gobierno se propone especializar en esta tarea a la Escuela Nacional de Sanidad, dotándola de autonomía de administración. La Escuela Nacional contará con el mínimo de estructura propia, pues no queremos que se burocratice, y adquirirá los bloques docentes a entidades públicas y privadas especializadas en este terreno, previo diseño por la propia Escuela de los cursos.

En cuanto a la colaboración con los profesionales y sus organizaciones, a lo largo de los últimos años se ha tenido cada vez más en cuenta a los profesionales y sus organizaciones en las reformas del Sistema Nacional de Salud como una línea política básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta línea de colaboración se mantendrá durante la presente legislatura, teniendo en cuenta la

necesidad permanente de consenso para el buen funcionamiento de los servicios. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo defenderá el prestigio de los profesionales frente a la difusión de supuestos errores médicos o errores de enfermería, con independencia de la seriedad con que deben tratarse los casos que se comprueben fehacientemente. Esta sintonía es imprescindible con colegios, sindicatos y sociedades científicas en una época de profunda transformación de las profesiones sanitarias, debido a la evolución técnica, a la institucional y a la especialización creciente.

Dentro de este cuarto bloque que constituye la estrategia «Salud para todos» figuran otros recursos de apoyo al Sistema Nacional de Salud, entre los que citaré muy de pasada, para no cansar más a SS. SS., los sistemas de garantía de calidad en el Sistema Nacional de Salud y la investigación. La garantía de calidad en el Sistema Nacional de Salud responde a la creciente exigencia de los usuarios hacia los servicios del Sistema, tanto públicos como privados, pero es también compartida por los profesionales, las empresas, los servicios privados y también los políticos y las organizaciones representativas profesionales. No obstante, todos somos conscientes, y así debemos transmitirlo a la población, de que la garantía de calidad total es un objetivo imposible al cien por cien en un sector como el sanitario, donde el factor humano es tan importante y cuya ciencia sustentadora, la medicina, no es una ciencia exacta. En la investigación, el Ministerio se propone reforzar la actividad del fondo de investigaciones sanitarias de la Seguridad Social, que en 1989 contó con un presupuesto de 3.300 millones de pesetas, que se ha duplicado en la anterior legislatura, y con el Instituto de Salud Carlos III. Por último, se propone también apoyar al Sistema Nacional de Salud a través de la mejora de los sistemas de información. Concretamente, en la próxima legislatura el Ministerio tiene establecidas tres prioridades: la mejora y perfeccionamiento de la calidad de las estadísticas existentes, la creación de nuevas fuentes de información, tanto procedentes de los servicios sanitarios como de la población usuaria, y la coordinación de las estadísticas de interés sanitario producidas por otros departamentos.

Pasemos ahora a otras bases para la aplicación de la estrategia «Salud para todos». En primer lugar, la evaluación de la tecnología. La OMS, en su objetivo 38 de la estrategia regional europea de la salud, indica la necesidad de establecer un mecanismo formal para la evaluación sistemática del uso adecuado de tecnologías sanitarias y de su eficacia, eficiencia, seguridad y aceptabilidad, adaptándolas a las políticas sanitarias nacionales y a las limitaciones presupuestarias. La Ley General de Sanidad atribuye estas funciones a la Administración del Estado. A nivel internacional existe, además, un consenso de opinión sobre la necesidad de evaluar sistemáticamente la tecnología sanitaria por sus consecuencias sanitarias, económicas, sociales y éticas. En esta línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo creará en la presente legislatura una oficina de evaluación tecnológica que se encargará de la evaluación y difusión de la tecnología sanitaria al servicio

del Sistema Nacional de Salud. Esta oficina se encargará de proponer la adopción de protocolos de uso, creación de criterios de consenso, el mantenimiento de un banco de información, la asesoría en la adquisición de aparatos, la homologación, normalización y acreditación de medios tecnológicos, todo ello en colaboración, lógicamente, con comunidades autónomas, sociedades científicas y comisiones de especialidad. Por último, el Gobierno se propone crear un comité nacional de bioética que inste, como ha ocurrido en otros países y como han hecho otras comisiones similares en otras naciones, la elaboración de criterios de uso de las tecnologías, los experimentos científicos y la redacción de protocolos de actuación en situaciones críticas.

Otro factor para consolidar el Sistema Nacional de Salud es el impulso al proceso de transferencias a las comunidades autónomas. El proceso de transferencias, iniciado en el año 1979, por lo que se refiere a la materia de sanidad, higiene y consumo ya culminó en todas las comunidades autónomas. Las competencias de asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social pueden ser asumidas estatutariamente por siete comunidades autónomas, las que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 151 de la Constitución y asimiladas, debiendo las diez restantes, por el momento, esperar a que se cumplan las previsiones constitucionales al respecto. De las siete primeras, cuatro, Cataluña, Andalucía, País Vasco y Valencia, han asumido estas transferencias. Este traspaso supone un 49 por ciento de los recursos del Instituto Nacional de la Salud y de la población protegida. El Gobierno se propone difundir mejor entre la población esta realidad institucional que a veces es mal conocida. Restan sólo tres comunidades autónomas, Galicia, Canarias y Navarra, en condiciones estatutarias plenas para recibir estas transferencias. El Ministerio de Sanidad y Consumo afirma su voluntad, una vez más, de progresar en el proceso de negociación ya iniciado con las comunidades autónomas citadas, de acuerdo con el Ministerio de Administraciones Públicas. Ahora bien, esta decidida actitud política de avanzar en el proceso transferencial en el sector sanitario no puede hacer olvidar la complejidad de éste, que deberá tenerse en cuenta en las respectivas comisiones mixtas de transferencias y evitar, en lo posible, que se repitan problemas detectados en transferencias anteriores. A las dificultades intrínsecas del sector se añaden otras, por algunas comunidades autónomas, al incluir entre sus pretensiones, como requisito previo, la compensación de deudas históricas imposibles de evaluar. El Ministerio de Sanidad y Consumo no puede perder la referencia del conjunto de todas las comunidades autónomas para ultimar las transferencias sanitarias ni puede atender por ello de forma individual los intereses propios de cada comunidad. El proceso debe encajar con las 17 comunidades autónomas existentes en España y no sólo con las que actualmente lo están negociando, si no se quiere correr el riesgo de que las últimas no dispongan de los recursos necesarios para asumir las competencias. Por todo lo anterior, el Ministerio respetará lo previsto en la ley General de Sanidad, que estableció un sistema de equilibrio

paulatino entre las comunidades autónomas respecto a la situación de partida en un período máximo de diez años.

Por último, hay que reiterar que el Sistema Nacional de Salud y la estrategia «Salud para todos» descansan en la coordinación general sanitaria, la cual camina hacia una planificación compartida. Como conclusión, señorías, de lo dicho hasta ahora se está avanzando hacia una planificación sanitaria compartida entre el Estado y las comunidades autónomas; se está avanzando también hacia una gestión autónoma por parte de estas últimas. Estoy convencido, señorías, de que a lo largo de esta legislatura todos los grupos representados en esta Cámara y que asumen la responsabilidad de gobernar en comunidades autónomas serán consecuentes y aceptarán que la responsabilidad en este campo de la asistencia sanitaria y de la salud es un hecho cada vez más asentado. El Gobierno y el partido que lo sustenta, señorías, asumirá sus responsabilidades y espero que los otros grupos acepten las suyas.

Pasemos ahora a las actuaciones intersectoriales que suponen un nuevo concepto de la asistencia dentro de la estrategia «Salud para todos». Los cambios que se están operando en la sociedad contemporánea han transformado las exigencias que pesan sobre los servicios sociales, los cuales ya no pueden estar aislados unos de otros y deben actuar en colaboración. Esto supone romper el concepto tradicional de distintos servicios que se organizan y trabajan autónomamente, servicios sanitarios, hospitalarios, ambulatorios y a domicilio, servicios sociales residenciales, domiciliarios y de día, servicios educativos, etcétera. Este cambio de mentalidad es uno de los principales ejes de la estrategia «Salud para todos» y uno de los principales retos para políticos, gestores y profesionales en los próximos años.

En este gran campo de la colaboración entre los distintos servicios sociales, las prioridades más importantes las constituyen la asistencia a los ancianos y la salud mental, además de las drogadicciones que trataremos de forma específica. Ya vimos antes que la evolución demográfica en nuestro país es tendente al crecimiento de personas de más de 65 años, común con el resto de la Comunidad Económica Europea, y que en los próximos años se producirá también un incremento muy fuerte en personas de más de 75 años, de la tercera edad. No insistiré, por tanto, en ello. Sus señorías conocen las cifras probablemente. Sólo diré que en los hospitales esa demanda de atención social y de cuidados de salud, que procede de las personas de la tercera y cuarta edad, llega mezclada y condiciona tanto la práctica asistencial como el nivel de ocupación por los ancianos, que en determinadas épocas pueden representar hasta el 40 o el 50 por ciento de las camas. Esto indica que en los próximos años deberemos incrementar el número de camas de cuidados intermedios para la atención de estos pacientes, como dije antes, y además se tienen que implantar otros cuidados complementarios del tipo de cuidados de día y atención domiciliaria, con el apoyo directo de los servicios de atención primaria, pero también de los servicios sociales, especialmente los de carácter municipal.

El segundo gran campo de este concepto de asistencia sociosanitaria lo constituye la salud mental. La asistencia psiquiátrica ha originado tradicionalmente la desvinculación del enfermo mental de su medio social y familiar al ser ingresado durante largo tiempo y esto ha favorecido su cronicidad. Para paliar esta situación se constituyó la Comisión interministerial para la reforma psiquiátrica, cuyo informe en 1985 sentó las bases y el marco en el que se ha desarrollado la reforma psiquiátrica. Desde esa Comisión se ha fomentado la elaboración de planes de salud mental en las comunidades autónomas, la realización de convenios entre las mismas y el INSALUD, la creación de nuevas estructuras como son las unidades de agudos en hospitales generales y las unidades de salud mental comunitaria en la atención primaria, el estudio con el Ministerio fiscal y los departamentos de Justicia y Defensa de la problemática jurídico-asistencial de los enfermos mentales para el cumplimiento de la Ley de tutela, así como otras medidas complementarias. Todo ello, señorías, ha posibilitado la devolución a su medio de muchos enfermos ingresados. Sin embargo, es necesario ser prudentes considerando que este proceso de devolución debe ir acompañado de la creación de estructuras intermedias de asistencia, como las de la atención primaria, y, sobre todo, de otras de tipo social que acojan aquellos casos que precisen de un apoyo ambulatorio continuado. Evitar el ingreso permanente no es un fin en sí mismo en todos los casos, sino un fin personalizado cuando las condiciones del enfermo lo permitan. Quiero decir, señorías, que este colectivo de enfermos psíquicos, que no es objeto de una atención colectiva tan permanente como otros, constituye una preocupación para el Sistema Nacional de Salud para la próxima legislatura y que debe ser atendido en colaboración con otros servicios.

Pasemos ahora al Plan Nacional sobre Drogas, que es un ejemplo de coordinación y actuación intersectorial. Cuando en 1985 se puso en marcha por decisión del Gobierno y a petición de todos los grupos parlamentarios el Plan Nacional sobre Drogas había ante nosotros un problema que necesitaba el consenso de todos los grupos políticos, y gracias a ese consenso la finalidad última para la que se constituyó la delegación del Gobierno en el plan: aunar los esfuerzos de todas las administraciones, potenciar los recursos disponibles e implicar al conjunto de la sociedad civil, se ha cumplido tal y como lo expresan reiteradamente los órganos correspondientes: el grupo interministerial, la conferencia sectorial y la asamblea de organizaciones no gubernamentales.

Voy a hablar de los planes futuros y evito a SS. SS. la referencia a lo realizado a lo largo de estos años en colaboración con todos los grupos que estamos aquí representados. Insisto siempre en esto cuando tratamos del Plan Nacional sobre Drogas. Su éxito ha dependido, depende y dependerá del grado de consenso que alcancemos entre todos nosotros.

La mayor preocupación, sin duda, señorías, debe ser la prevención, destacando dentro de ella los puntos siguientes: prevenir el uso de drogas por parte de adolescentes, intensificando los esfuerzos en los supuestos de menores

en riesgo de drogadicción. Intensificar las actuaciones contra la demanda, aprovechando los aspectos más severos de la normativa vigente, obstaculizadora del acceso a las drogas legales e ilegales. Contribuir a que mejore la integración social del drogodependiente, incidiendo de modo especial en la actitud de los profesionales del sistema sanitario, del sistema educativo y de la asistencia social, potenciar la coordinación entre los programas relacionados con el consumo de drogas y con la atención a patologías orgánicas asociadas directa o indirectamente al mismo.

En el campo de la asistencia y reinserción, deberá insistirse en la presente legislatura en los siguientes puntos: Ampliar la cobertura asistencial pública y privada, adecuándola a las circunstancias y manteniendo el criterio de diversificación en los programas y servicios ofertados. Intensificar los programas de atención orientados a reclusos y reclusas con uso de drogas, y en general con respecto a personas que hayan tenido problemas con la Administración de Justicia. Adoptar de manera progresiva sistemas de evaluación que hagan posible perfilar unos mínimos asistenciales exigibles a los programas y a todos los centros asistenciales públicos o privados. Promover el desarrollo de programas de reinserción destinados a personas mayores de dieciocho años con problemas de drogodependencia, potenciar la participación de los servicios sociales de base en la atención de primer nivel a la población drogodependiente.

Por último, hay que señalar que en el terreno de la coordinación institucional se reforzará la coordinación con las comunidades autónomas, profundizando en la colaboración por parte de los ayuntamientos. También se insistirá en ampliar la presencia de la sociedad civil en el Plan Nacional sobre Drogas mediante el apoyo e impulso de las actuaciones de las organizaciones no gubernamentales, cuyo protagonismo es cada vez mayor dentro del plan y crecen en número, especialización y experiencia.

Me van a permitir SS. SS. que en una comparecencia como ésta no falte una referencia al SIDA como amenaza específica. Como aseguran los expertos, el mundo se encuentra inmerso en la tercera fase de la epidemia del SIDA, la del impacto social, político y económico, y de reacción a las dos previas, que fueron las de la infección silente y la de la aparición de los casos de la enfermedad. Los casos diagnosticados cada año se incrementan en número, tanto en el mundo como en España, y la perspectiva de su crecimiento es claramente preocupante. Los casos de SIDA por continentes han pasado en Africa de 17 en 1982 a 18.000 en 1988; en las Américas, de 85 en 1982 a 36.000 en 1988; y en la región europea, de 19 de 1982 a 9.199 en 1988.

España, como saben SS. SS., sufre esta enfermedad intensamente. A fecha 30 de septiembre de 1989, nuestro país ocupa el tercer lugar de la región europea de la OMS, tanto por casos anuales como por casos acumulados, por detrás de Francia y de Italia. En tasas por millón de habitantes sobre casos acumulados España también ocupa el tercer lugar, detrás de Suiza y de Francia, también en esa fecha de septiembre. Todas las comunidades autóno-

mas en España han notificado casos de SIDA. Cataluña ocupa el primer lugar con 1.070 casos acumulados, seguida de Madrid con 824. Y el orden de prevalencia, da el primer lugar a la Comunidad del País Vasco con 181 casos por millón, el segundo a Cataluña con 163, el tercero a Madrid con 153, y el cuarto Baleares con 146 casos por millón.

En la distribución por años de los casos de SIDA asociados a la recepción de hemoderivados y a la recepción de transfusiones se observa una tendencia a ser residual, tanto en España como en los países europeos, por las medidas establecidas de control en la sangre en hemoderivados. En España y en la región europea el peso estadístico de los casos de SIDA asociados a factores de prácticas homosexuales masculinas también sigue una tendencia decreciente. En cambio, la tendencia es justamente la contraria en relación de casos de SIDA asociados a factores de uso de drogas por vía parenteral, a través de la reutilización de agujas y jeringuillas. Y estos casos ligados al uso de jeringuillas, al uso de droga por vía parenteral, han pasado de representar el 3 por ciento de los casos en el período 1981-1983 al 35 en 1989. España no es una excepción a este fenómeno, si bien esos factores tienen distinto peso estadístico en nuestros casos de SIDA. Me refiero a las personas con prácticas homosexuales masculinas y a personas con uso de drogas por vía parenteral. Los asociados a drogadicción han pasado de ser el 27 por ciento del total en 1981-1983 a significar el 67 por ciento del total en 1989.

Por otro lado, en la región europea de la OMS los casos de SIDA asociados a transmisión heterosexual han pasado de ser el 7 por ciento en 1988 al 9 por ciento en 1989, y en España los casos han pasado del 3 por ciento en 1988 al 4,3 en 1989. La tendencia en todos los países es que esta categoría de transmisión aumente en importancia en cuanto a peso estadístico. España está aproximadamente en torno a la mitad del promedio de la región europea de la OMS.

Durante la presente legislatura, la política del Ministerio de Sanidad y Consumo y de todas las autoridades sanitarias en materia de SIDA mantendrá los ejes de actuación, potenciando los instrumentos de coordinación y estrechando la colaboración con las comunidades autónomas, con las corporaciones locales, con las organizaciones no gubernamentales, con los profesionales, los voluntarios representados en la Comisión Nacional de coordinación y seguimiento de programas sobre SIDA, todo ello en cooperación con el Consejo Interterritorial. Como líneas generales de actuación, en los próximos años se mantendrá la prevención, con especial atención a la juventud, se continuarán los esfuerzos en relación con el problema de los drogodependientes, potenciando las estrategias de intervención y la colaboración entre los programas de SIDA y de droga, y se insistirá sobre la transmisión heterosexual y la de madre a futuro hijo.

En relación con organizaciones no gubernamentales, se intensificará la cooperación en la realización de programas de actividades, principalmente en campañas de información, con preferencia en población con prácticas de

riesgo por drogadicción, que sigue siendo poco accesible a las actuaciones de las autoridades sanitarias. En el campo de la asistencia, se reforzará la oferta de la prueba de detección de VIH y se mantendrá la oferta de cuidados de salud del sistema nacional de forma integrada, realizando la previsión de cuidados de salud de los infectados y enfermos en las mismas condiciones que en el caso de personas afectadas por otras patologías. Estas actuaciones se complementarán con las de tipo social.

Señorías, recordemos que frente a este problema se ha realizado y se realiza un gran esfuerzo mundial, aunque todavía estamos lejos de la solución y debemos ser aún pesimistas. Recordemos también que estamos ante una infección de evolución lenta, en la cual los casos de SIDA actuales son la fotografía de la dimensión de la infección hace cuatro, cinco o más años.

En la investigación biomédica, hay un constante progreso. Si bien no hay vacuna, los tratamientos han permitido que el período de supervivencia pase de uno a tres años aproximadamente desde el momento del diagnóstico, aunque la posibilidad de resistencias de cepas de retrovirus frente a tratamiento específico, la zidovudina, y los efectos adversos a largo plazo del mismo hacen que se deba considerar con cautela la extensión indiscriminada de esta terapéutica. Señalemos también, señorías, que las vías de transmisión sexual sin preservativo, por utilización de agujas, jeringas y de madre a futuro hijo no cambian. Sin embargo, hemos de seguir estando muy atentos. Además de la prevención en los drogodependientes, es de capital importancia prevenir la transmisión heterosexual. Al poder extenderse el virus en sectores de población considerados tradicionalmente no marginales, el perfil sociológico del posible infectado está cambiando, pudiéndose decir que cada vez hay más ciudadanos en peligro y que sólo el esfuerzo conjunto y solidario de todos podrá controlar el avance del virus de inmunodeficiencia y, por consiguiente, del SIDA.

Para terminar mi exposición, y agradeciendo la paciencia de SS. SS., permítanme referirme a una competencia de mi Departamento que recibe mucha menos atención por esta Comisión de la que merece. Me refiero a los consumidores españoles en la perspectiva del mercado único europeo. La política de consumo tiene en España un carácter reciente y tardío en relación con los países avanzados de nuestro entorno económico y cultural. Desde una perspectiva jurídica, hasta la Constitución de 1978 no se puede hablar de normas jurídicas de protección al consumidor, a pesar de la existencia de algunos textos legales que cumplían parcialmente esta función. Desde una perspectiva organizativa, en 1981 se realiza el primer intento de organización de una administración especializada, que ha ido evolucionando como consecuencia de la estructura competencial de las comunidades autónomas, las exigencias de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y nuestra adhesión a las Comunidades Europeas hasta la reciente creación de la Secretaría General de Consumo, con la que se quiere potenciar esta política desde la Administración central del Estado para el mercado único europeo. Esta política, que pretende pro-

teger la seguridad, la salud y los intereses económicos y sociales de los ciudadanos en su condición de consumidores, supone la elaboración de normas, la redacción de reglas que afectan al entramado de interacciones económicas entre productores y consumidores y la implementación de instrumentos de prevención, seguimiento, control y sanción, así como una adecuada información y formación del consumidor.

La política del Gobierno y de las comunidades autónomas, cuyas competencias en este terreno son muy amplias, se ha apoyado durante los últimos años en tres grandes prioridades. Primero, la definición de una política de consumo moderna y su alcance desde el punto de vista jurídico, social y económico. Segundo, la articulación del Estado de las autonomías en esta materia, de tal modo que el desarrollo de competencias fuera compatible con la igualdad de derechos, la unidad de mercado y nuestra integración en la Comunidad Económica Europea. Y, tercero, la integración plena de España en las Comunidades Europeas, que ha impuesto la adaptación a sus reglas e incluso a sus exigencias organizativas. Con estas prioridades se han establecido los objetivos y programas, a fin de implementar una política de consumo en línea con la existente en los países europeos más avanzados.

En cumplimiento de los mencionados objetivos, se va a proceder en tres líneas de actuación. En primer lugar, la culminación del marco jurídico específico que ampare los derechos del consumidor y usuario, adaptado a las normas de las Comunidades Europeas. En segundo lugar, la consolidación y coordinación de los organismos que se ocupan de la protección del consumidor. Y, en tercer lugar, el fomento de un movimiento asociativo fuerte.

La construcción del marco jurídico de protección al consumidor tiene su referente en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y en el conjunto de las disposiciones europeas ya adoptadas. El desarrollo reglamentario de la Ley 26/1984 no pudo ser ejecutado en los plazos previstos debido a los requerimientos de inconstitucionalidad planteados por las comunidades autónomas de Cataluña, Galicia y País Vasco, que fueron sustanciados con la sentencia 15/1989, de 26 de enero, del Tribunal Constitucional. No obstante, durante estos últimos años se ha generado una extensa producción normativa de protección jurídica del consumidor, entre las que cabe destacar, en primer lugar, las reglamentaciones técnico-sanitarias de producción, distribución y comercialización de alimentos a través de la Comisión interministerial de ordenación alimentaria. En segundo lugar, los reglamentos técnicos de producción industrial. Hay que señalar que España se ha incorporado recientemente a las pautas comunitarias de normalización, realizadas desde la iniciativa privada, con la creación de la Asociación española de normalización con el apoyo de la Administración. En tercer lugar, las disposiciones reglamentarias que aseguran la información del consumidor a través del etiquetado de productos alimenticios, textiles, cuero, calzado, sustancias peligrosas, así como la regulación referente a productos industriales. En cuarto lugar, se han dictado disposiciones reglamentarias específicas de regulación de

servicios muy diversos, como la reparación de automóviles, electrodomésticos y tintorerías. De gran trascendencia han sido las referentes a servicios bancarios (cálculo de intereses y comisiones, condiciones de contratación e información al cliente) y a compraventa y arrendamiento de viviendas. En quinto lugar, se ha introducido información y el reflejo en otras normas de los principios generales expresados en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, en la medida en que esas normas afectaran directa o indirectamente a los consumidores, pudiendo citarse la Ley de Publicidad, la de Defensa de la Competencia, la Ley de Marcas, la de Competencia Desleal, etcétera.

Durante la próxima legislatura será objetivo prioritario culminar el proceso de desarrollo de la Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios, así como las que restan sobre adaptación a las directivas de la Comunidad Económica Europea, con la promulgación de disposiciones que aborden los siguientes aspectos. Primero, reglamento de bienes y servicios, con especial atención a las condiciones de contratación y determinadas modalidades de venta (por correspondencia, rebajas, etcétera), así como garantías y servicios postventa. Segundo, reglamentos que aseguren la eficacia en la actuación de las administraciones públicas, destacando entre ellos la elevación de la capacidad sancionadora de los municipios y la adaptación del actual procedimiento sancionador para facilitar la publicidad de las sanciones. Tercero, reglamentos que aseguren la efectiva reparación del daño que pueda sufrir el consumidor en el consumo de bienes y servicios. En este sentido habrá que reforzar las experiencias, ya existentes, de arbitraje, iniciadas durante los últimos años. Hasta el momento se han constituido 22 juntas arbitrales, de las cuales tres son de ámbito autonómico, siete provinciales, una de mancomunidad de municipios y once locales, habiéndose tramitado más de 4.500 arbitrajes, de los que más de la mitad se han resuelto mediante laudo. El importe medio de los litigios arbitrales es de 50.000 pesetas, tramitándose en un plazo inferior a un mes. Actualmente, están adheridas a este sistema arbitral 53 asociaciones de consumidores de carácter general, nacional, autonómico o local, y 200 sectores empresariales, así como empresas de la importancia de RENFE y Telefónica, que lo han hecho recientemente. Finalmente, se abordará de forma inmediata el desarrollo de la ley en materia de asociaciones de consumidores, a fin de que éstas dispongan de un marco legal adecuado para su desarrollo óptimo. Asimismo, entre las prioridades del Departamento se deben destacar aquellas actividades y programas realizados por las asociaciones que contribuyan a favorecer su presencia en órganos de participación de carácter consultivo y ejecutivo, que hagan efectivo el derecho a la representación, consulta y participación.

Respecto a las comunidades autónomas, la diversidad de niveles competenciales y la existencia de competencias compartidas exige la coordinación y cooperación permanente. Esta coordinación ha sido muy fluida a lo largo de los últimos años, pero aún se debe intensificar en materias más concretas, y, sobre todo, habrá que insistir en la

colaboración con las corporaciones locales. Durante los últimos años, mediante programas concertados, se ha creado una red de oficinas municipales de información al consumidor, cuyo número asciende en la actualidad a 472, dando cobertura a casi el 70 por ciento de la población, que durante 1989 atendieron a cerca de 700.000 consultas y reclamaciones. Estas oficinas no son bien conocidas aún en todos los casos. El propósito del Gobierno, junto con las comunidades autónomas, es que estas oficinas sean la sedes de las juntas arbitrales, tal como prevé el artículo 14 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. En la actualidad ya son sedes de las juntas arbitrales, en forma experimental, en once casos.

Insisto, señorías, en que el Gobierno está decidido a reforzar el papel de los municipios en la ejecución de la política de consumo en materia de inspección, fomentando la coordinación con las Comunidades Autónomas y elevando la capacidad sancionadora cuyo techo actual es de 25.000 pesetas. Además de la construcción del andamiaje jurídico de protección al consumidor y usuario y del fomento de las asociaciones se desarrollarán otras acciones específicas, como es la información y educación de los consumidores; el control y fomento de la calidad a través de convenios con sectores y análisis corporativos y a través del análisis del mercado, junto con las Comunidades Autónomas y a través de un sistema de intercambio rápido de información que fue adoptado por la Comunidad Económica Europea, por la decisión 84/133.

Termino aquí, señorías, agradeciendo a todos la atención en esta primera comparecencia en la que he querido abordar todos los asuntos que competen a mi departamento, aunque el debate de muchos de ellos deba realizarse en otras sesiones posteriores. Acudiré a estas sesiones, muy gustosamente, a lo largo de esta legislatura. Gracias, señor Presidente, gracias a todos por su paciencia.

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

Por el grupo Popular tiene la palabra el señor Rivera.

El señor **RIVERA LOPEZ**: Señor Ministro, tras su completísima exposición es un auténtico problema para el portavoz de un partido de la oposición intervenir en la doble vertiente de hacer una crítica y de hacer aportaciones a tan extensa exposición que, por supuesto, estudiaré con detalle, pero así a bote pronto tengo que decirle que me ha producido desilusión. Me ha producido desilusión, porque quizá soy un ingenuo y como ingenuo había estado analizando sus últimas declaraciones, sus últimas sugerencias y tenía la esperanza, y la ilusión, tengo que decirlo, de que usted se enfrentara a la nueva legislatura con un programa basado en el análisis objetivo de una experiencia que está llena de datos y que está llena, por supuesto, también de fracasos. Usted se ha comportado de una forma continuista, como si sólo tuviera por delante dos o tres meses de actuación, no como el Ministro que enfrenta una legislatura dispuesto a realizar una serie de

cambios y a implementarlos. Usted se ha comportado, permítame que se lo diga, sin ánimo de ofenderle, como un Ministro interino y eso a mí me desilusiona porque, con la mayor sinceridad, le aseguro que yo deseo que siga usted toda la legislatura al frente del departamento, entre otras muchas razones, porque usted ya sabe muchas cosas que cualquier persona nueva tendría que aprender. Sabe casi todas las cosas que no se deben hacer y, por ejemplo, hoy ha citado dos cosas realmente importantes: por primera vez ha reconocido que hay sitios donde no se deben implantar centros de salud, aunque ha tardado siete años en darse cuenta de eso, y por primera vez se ha reconocido que la limitación de especialistas no es una buena forma para reducir el número de médicos, no es el sistema adecuado.

Sin embargo, hay cosas que, dentro de ese continuo, a estas alturas me parecen graves. Por ejemplo su invocación constante al Programa «Salud para todos», del año 2000. Que en el tema asistencial se invoque al Programa 2000 en un país europeo donde usted acaba de apuntarse el éxito de haber logrado, y vamos a ponerlo entre comillas, la «pretendida» universalización, donde estamos pensando ya, y usted la apunta, no dar mínimos sino calidad, seguir invocando como norma, como línea, como objetivo a alcanzar el Programa «Salud para todos», en el año 2000, a mí me parece auténticamente anticuado.

No voy a entrar en análisis detallado de esto; pero tengo que decir que en ocasiones, no su Ministerio, sino el Gobierno en conjunto hace un doble juego en algunos de estos programas. Por ejemplo, usted cita la promoción de hábitos sanos, usted se refiere al colesterol, y cuando habla del colesterol dice: hay que promocionar la dieta mediterránea. España es un país mediterráneo, donde esa dieta está promocionada, donde consumimos aceite vegetal, aceite de oliva de la mejor calidad; pero por otro lado su Gobierno, cuando concierda, cuando llega a un acuerdo con la Comunidad Económica Europea pone unas cuotas, unas tasas de importación de mantequilla holandesa de la máxima calidad a menores precios que la nuestra, lo cual va a tener como consecuencia que, en vez de dieta mediterránea, hagamos una dieta nórdica. Este es un ejemplo del doble juego, de esa desconexión o falta de coordinación interministerial.

En cualquier caso, estoy seguro de que si hoy se volviera a convocar la Conferencia de Alma Ata, no serían sus conclusiones las que de allí salieron, ni se convocaría en Rusia; se convocaría, probablemente, en Cuba.

Usted ha hecho, sin embargo unos propósitos que a mí me han sorprendido, incluso me han preocupado. Dice usted que tienen que explicar los problemas de la asistencia sanitaria a la población. Realmente cree que si un español de cada treinta, que está rodeado de su familia y de sus amigos, se opera en las instituciones públicas una vez al año ¿necesita más información? ¿No cree usted que él está palpando directamente lo que es la asistencia sanitaria? ¿A usted le parece que se va a crear cualquier folleto o lo que se le diga por televisión? Lo que más me preocupa es la afirmación que ha hecho al final de esa fra-

se: sin permitir que se susciten expectativas sobre ofertas imposibles de llevar a cabo.

Serán imposibles de llevar a cabo por ustedes; por ustedes, porque no quieren. Eso hay que explicarlo y lo vamos a explicar. Además, esa actitud, con todos los respetos, señor Ministro, me parece poco democrática. Perdóne, pero no tengo más remedio que decirle que me recuerda una conversación que tuve con el jefe del único servicio de cirugía cardíaca que había en la Rumanía de Ceaucescu, él coincidía plenamente con esa opinión (**Rumores**); sí, sí, la opinión de que no había que permitir que se suscitasen expectativas sobre otras ofertas. Hay otras ofertas y hay que suscitar expectativas si estamos en un país democrático, porque no es éste el único sistema y dentro de este sistema público hay muchas variantes que pueden hacer que funcione mejor siendo público, no siendo privado.

La actitud de mi partido en este momento respecto al escaso número de medidas que usted apunta como nuevas, la tarjeta o alguna otra cosa de este tipo, es auténticamente clara y aunque las medidas coincidan ideológicamente con nosotros, aunque sean incluso extraídas de nuestro programa, como nos constan que van a fallar, porque están fuera de contexto, no las vamos a apoyar. Decididamente no vamos a apoyar nada que no redunde en aumento de la calidad asistencial, nada que no redunde en aumento de la satisfacción de los enfermos, nada que ayude a limitar el aumento, que es necesario, del gasto sanitario.

Eso supone dos cosas. En primer lugar, hay que cambiar de modelo, no de marca, señor Ministro, Servicio Nacional de Salud; pero hay muchos servicios nacionales de salud que funcionan de distinta manera, y éste no funciona. Cuando ya casi ha conseguido la universalización, hay que tratar de dar calidad.

En 1986, usted, señor Ministro, se enfrentó al problema sanitario decidido a hacer funcionar el mismo modelo anticuado que antes no había marchado.

Su señoría ha tenido tiempo, ha tenido indiscutible inteligencia, ha tenido, hay que presuponerlo, voluntad política de llevarlo a cabo, ha tenido, indiscutiblemente, un respaldo político absolutamente mayoritario y ha tenido dinero. Esto hay que saberlo, porque existe la creencia general de que ha faltado dinero, y no es así. Señor Ministro, usted ha dispuesto de medio billón —con «b» de barbaridad— de pesetas más que su antecesor para llevar a cabo el mismo programa. Luego, si el programa no ha hecho que funcione el Servicio Nacional de Salud, no se debe a usted, no se debe a su intención, se debe a que el modelo es malo y, por tanto, como es lo que falla, usted ya no puede venir aquí afirmando, como en abril de 1987, que es el modelo que se ha demostrado más justo e igualitario, así como menos costoso en la experiencia internacional. Señor Ministro, quisiera que me explicase qué obliga a su partido a empeñarse en mantenerlo sabiendo que está malgastando el dinero de los españoles, que no se logra la sanidad que S. S. desearía y lo que la experiencia internacional indica hoy es que hay que cambiarlo, hasta en los países del Este.

Tenemos el problema de la calidad y ahí me ha dado una gran satisfacción. Me ha dado la satisfacción de explicar en contra de lo que usted había publicado —usted no, su Ministerio— Plan de garantía de calidad total en atención sanitaria, que a mí me horrorizó, porque ¿cómo se puede garantizar totalmente la atención sanitaria en ciencias que como usted dice, la salud y la medicina son todas inexactas cuando las aplican personas que son seres humanos y sujetos a errores lógicos? Por eso me alegra muchísimo que usted reconozca que al cien por cien no se puede. Luego, ya No es total, no voy a explicar cómo estaba construido el título de este libro que consta en el interior y da vergüenza. Espero que no complete esa satisfacción negando rotundamente que en su departamento se acepta como definición de calidad la de la industria, que es la que en este libro se recoge. Dicen que es calidad el cumplimiento por parte del producto de los objetivos para los que ha sido fabricado. La calidad, en consecuencia, puede ser total y garantizable si la materia prima es homogénea, definida, comprobable y el proceso de fabricación estandarizado, condiciones todas que no se dan en la asistencia sanitaria donde la materia prima son los enfermos, todos distintos y donde, como usted ha dicho muy bien, el proceso, no de fabricación, sino de diagnóstico y tratamiento, por principio hay que individualizarlo.

Se ha referido al tema de los profesionales. Muy recientemente en septiembre, en las Jornadas de economía de la salud, afirmaba que una reforma sanitaria debe contar con la adhesión de los profesionales. Señalaba, además, que había que motivarlos, lo que implicaba una combinación de incentivos salariales, de promoción profesional, de formación, de investigación, etcétera, con lo cual estoy totalmente de acuerdo. Sin duda a estas alturas, señor Ministro, usted ha aprendido mucho sobre la psicología de los profesionales sanitarios. Hubiera sido mejor, por supuesto, que los Ministros de Sanidad siguieran un curso sobre la psicología de los ATS y de los médicos. Así se hubieran evitado errores que se han cometido en el pasado y que se siguen cometiendo.

Es muy fácil romper una huelga. Usted lo hizo sobre un colectivo que no sabe hacer huelgas y que no le gusta hacerlas. Usted lo hizo bastante rápidamente en 1987 y espera lograrlo ahora, con más facilidad, porque es un colectivo separado por la distancia, con los médicos titulares, simplemente, como usted ha dicho, firmando un acuerdo con los sindicatos legalmente representativos. Pero, señor Ministro, se ha dejado fuera al único sindicato de médicos titulares que hace la huelga. Su señoría debería saber que cuando se produce una huelga lo difícil no es romperla sino conseguir que los profesionales vuelvan a trabajar con la misma ilusión que antes y eso no lo ha conseguido todavía en los hospitales. Eso es lo que va a ocurrir con el tema de los médicos titulares, cuyo mayor problema es rude, es crudo decirse, consiste en que su Ministerio no les valora en su función, ni como personas. Lo único que se valora en su departamento es que los médicos profesionales siguen teniendo prestigio e influencia social en sus pueblos y sólo por eso, porque esa influencia puede tener traducción electoral, sin ninguna

justificación técnica se trata de separarlos de su clientela...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Rivera, no tiene todo el tiempo del mundo.

El señor **RIVERA LOPEZ**: Termino rápidamente.

Hace menos de un año, S. S. señalaba en esta Comisión que los servicios hospitalarios de urgencias, al atraer un gran número de casos no urgentes, sufren el fracaso de su propio éxito. En parecida forma se ha manifestado hoy. En aquella ocasión usted mismo explicaba ya la razón de su fracaso. Nosotros a partir de este partido, el señor Gil Lázaro y la señora Villalobos le advirtieron que había que arreglar la asistencia primaria y el ingreso electivo, el normal en los hospitales; pero usted se decidió por mejorar los servicios de urgencias. ¿Qué se ha conseguido? A pesar de la bendición del Defensor del Pueblo, a los pocos días de que el Director provincial del INSALUD presentase el plan de urgencias de la CAM, a los pocos días de que usted, señor Ministro, declarase por radio, declaración que ha rectificado hoy, que en el año 1989 el número de urgencias había dejado de crecer (sí, señor Ministro, en la SER, programa «Hoy por hoy»); cuando todavía resuenan los ecos de la manifestación del personal del Hospital Central de la Cruz Roja, que tiene un magnífico servicio de urgencias y S. S. ha decidido cerrarlo o convertirlo en hospital geriátrico, tiene, señor Ministro, la mala suerte de que fallezcan dos enfermos en las circunstancias de extremo dramatismo que supone no haber podido recibir asistencia en las nuevas y lujosas instalaciones del Hospital «Gregorio Marañón» víctimas —son sus propias palabras, señor Ministro— de la propia confianza que genera y tan desbordadas por su propio éxito que hubo que interrumpir la admisión de enfermos durante dos horas.

Señor Ministro, el Partido Popular sinceramente pretende hacer una oposición seria. En consecuencia, independientemente de este capítulo obligado de crítica, no quiero terminar sin aportarle alguna sugerencia que, en nuestro concepto, puede permitir que el sistema nacional público de salud empiece a marchar bien para que se acabe con la masificación hospitalaria, para que se acabe con los prolongados tiempos de espera y fijese que no hablo de listas. Para que se empiece a generar calidad, señor Ministro, le sugiero: Primero, y usted sabe de eso más que yo porque es economista, haga que el dinero siga al enfermo, es decir, que los establecimientos sanitarios del INSALUD, ambulatorios, centros de diagnóstico y hospitales, reciban su financiación en función del número y de la clase de estudios, operaciones o tratamientos que realicen. Verá qué pronto sus gerentes empiezan a saber qué es gerenciar un hospital, incluso sin ir a esa escuela pretendidamente autónoma que ahora se va a volver a crear.

Atrévase, señor Ministro, a hacer los conciertos por el sistema de pago por proceso y a ofrecerlos a todas las clínicas y hospitales de España y abandone, de una vez, el sistema de pago por cama y día, que no estimula la actividad, ni la calidad y, por el contrario, induce a la descapitalización y fomenta el fraude. Permita, señor Ministro,

que los enfermos acudan al hospital que prefieran, tanto si es del INSALUD, como si es concertado y deje que sean los médicos encargados de tratarlos quienes decidan sobre la prioridad de ingreso. Cuarta sugerencia. Desbloquee, señor Ministro, la creación de entidades colaboradoras en las grandes empresas y permita que también las puedan crear pequeñas empresas reunidas, con lo que se aliviará la demanda y se construirán nuevos hospitales sin cargo para el Estado. En quinto y último lugar, deje trabajar en paz a los profesionales sanitarios. Saque la política de los hospitales. Usted sabe que la autoridad que fundamentalmente respetan los profesionales de la enfermería, de la medicina, es la de los que están más cualificados, no la de los compañeros que están allí colocados y que ellos contemplan como comisarios políticos. En consecuencia, regule usted las profesiones sanitarias y garantice en las correspondientes leyes que la promoción se va a producir en base a criterios objetivos de conocimientos y experiencias.

Señor Ministro, en medidas de este tipo nos va a tener a su lado, dentro y fuera del Parlamento; pero para parches costosos y para operaciones de imagen, señor Ministro, no cuente usted con nosotros.

El señor **PRESIDENTE**: Rogaría a los siguientes intervinientes que no forzaran más la flexibilidad de la Presidencia.

Por el Grupo Catalán, tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, naturalmente atiendo su ruego, pero no debe ser para los que vamos a seguir, sino desde el primero.

El señor **PRESIDENTE**: Acepto la observación.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Ministro, agradecerle su presencia en esta Cámara hoy, como tantas otras veces, aunque he de decir que hoy ha habido un poco más de extensión en su exposición. Usted nos trae siempre unos discursos ordenados, densos, pero hoy ha sido un tanto demolidor (**Risas.**) y, además, todavía le han quedado un par de cosas por decir sobre las que voy a permitirle luego hacerle una pequeña mención.

Esto es comprensible. Su Ministerio es complejo, problemático, hay muchos temas a tratar y es lógico que sus discursos sean largos. Lo que pasa es que esto podría obviarse, por lo menos podía permitirse una mayor calidad en el debate y en la intervención de los miembros de la oposición, si, como reclamamos en la legislatura anterior, hubiese un mínimo de papeles anticipados, en los que apareciesen las grandes líneas de la intervención de los Ministros en este tipo de comparecencias. Si no es francamente imposible poder debatir el aluvión de notas, de cifras y de temas que los distintos Ministros van trayendo a estas comparecencias.

Desde la primera comparecencia he renunciado a comentar los temas globales de los discursos que ustedes nos hacen; pienso hacerlo a lo largo de la legislatura y me

limite simplemente a hacer dos o tres comentarios muy pragmáticos.

Señor Ministro, creo que su Ministerio no tiene suficiente dinero, lo he dicho en la defensa de enmiendas de mi grupo en los distintos presupuestos del Estado en años anteriores y lo sigo diciendo, independientemente de que cualquier cantidad debe ser bien administrada y se debe extraer la mayor eficacia posible, pero sigo pensando que tiene pocos recursos. Sólo así se explica que la calidad de la sanidad no esté todavía al nivel necesario como para que los ciudadanos (y ésa sería la señal de que la calidad de la sanidad pública había mejorado sustancialmente) dejasen de cotizar doblemente por nuestra sanidad; es decir, que no cotizáramos en las empresas privadas y lo hiciéramos sólo a la Seguridad Social. Como usted sabe, los ciudadanos españoles seguimos cotizando en dos sistemas, lo que indica que uno no nos satisface.

Hay otro tema ligado a éste y es que, además de tener recursos, debe haber una verdadera agilidad y una verdadera preocupación en que tales recursos lleguen allá donde deben llegar. La mayoría de las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en materias de sanidad siguen esperando recursos de su Ministerio. El año pasado, como todos los años, el presupuesto del INSALUD ha sido ampliado. Las Comunidades Autónomas no han recibido la parte alícuota que les corresponde de la ampliación de ese presupuesto del INSALUD. Me consta que hay varias, una de ellas Cataluña, que, además, pasan por momentos difíciles, que reclaman la participación de la parte que le corresponda de la ampliación del presupuesto del INSALUD y no sabemos por qué razón no llega.

El mes de julio del año pasado se concedió a su Ministerio un crédito extraordinario de 93.000 millones de pesetas para liquidar deudas anteriores a 1988 y me consta que las Comunidades Autónomas todavía no han recibido un duro. Eso repercute en la calidad de la asistencia sanitaria, en los ciudadanos de los barrios que luego vamos a visitar todos, ustedes y nosotros, a pedirles sus votos cantándoles las excelencias del futuro de la sanidad y otros tantos argumentos que todos sabemos de memoria.

El discurso del señor Ministro, magnífico. Las intenciones y los objetivos de sus planes, muy bien, pero que lleguen los medios, que la despensa funcione, porque si no todo ello quedará en una simple cantinela de intenciones que, además, se repite en las distintas comparecencias de unos y otros, pero que el ciudadano de a pie, el que está esperando que la universalización de la sanidad sea un hecho real, no puede disfrutar de ella porque en el hospital donde va a acudir no le van a poder atender porque la farmacia de al lado no va a poder servir al hospital los medicamentos necesarios porque el farmacéutico no cobra. Eso es también política, políticas de hechos reales y si no llegamos a eso todos los discursos que hacemos aquí no sirven para nada o sirven para muy poco, salvo para demostrar nuestra propia brillantez dialéctica.

Señor Ministro, no ha hablado usted —eran los temas que le quería citar—, por lo menos de la consecuencia de dos aspectos importantes en la sanidad como son el gran

incremento de la siniestralidad laboral, que afecta en su vertiente sanitaria a su Ministerio, y la salud laboral, de la que en esta Cámara se ha hablado distintas veces y a instancias de distintos grupos en el sentido de normalizarla y normativizarla.

Finalmente, y para no pasarme ni un segundo del tiempo que me corresponde, poco ha hablado usted de los consumidores. Hay una Ley de Consumidores, no está hecho el Reglamento por las causas que usted ha dicho, pero está la Ley de Ordenación del Comercio Interior, que, de alguna manera, también afecta a su Ministerio. Hay organizaciones —y supongo que a usted le consta— que están reclamando la normalización o la normativa que regule el comercio interior. Para mi grupo sería importante saber cuál es la previsión de su Ministerio en este tema concreto de la ordenación del comercio interior.

Nada más, señor Presidente. Muchas gracias y hasta la próxima.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, señor Ministro, quería señalar que me ha parecido muy ajustada y adecuada la alusión del señor Ministro a la estrategia de salud para todos en el año 2000, sobre todo en aquellos aspectos que aluden a la necesidad de una planificación concertada del sistema sanitario. Sin embargo, quería señalar que estas ideas no vienen de la Organización Mundial de la Salud exclusivamente y que ya la Ley General de Sanidad, de 1986, recogía estos planteamientos sobre los que tengo que señalar que, desgraciadamente, no se han puesto en práctica.

Para elaborar cualquier criterio de planificación es preciso partir de un diagnóstico de salud de la población española que todavía no está hecho. Los equipos de atención primaria que están en funcionamiento, según los datos del INSALUD, apenas realizan un programa de salud por cada dos equipos, es decir, la intervención de los servicios sanitarios sobre el estado de salud de la población (recogida por la Ley General de Sanidad y que ahora rescita la estrategia de salud para todos en el año 2000), es algo que se está reclamando insistentemente y que la propia Ley General de Sanidad recogía. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

Quería hacer mención —recordándolas e insistiendo en ellas— a palabras del señor Ministro, al sistema de información sanitaria. En otras ocasiones el señor Ministro ha aludido a que el estado de salud de la población española alcanza niveles comparables, o incluso superiores, a los de otros países de nuestro entorno y que, por tanto, las deficiencias en nuestro sistema sanitario no tenían graves repercusiones en el estado de salud de la población.

Quería recordar, respecto a esas prioridades a las que el señor Ministro ha aludido, la necesidad de perfeccionar el sistema de información sanitaria. Nuestras estadísticas no son fiables, según criterios de la Organización Mundial de la Salud, por un dato tan conocido y tan evi-

dente como las causas de muerte mal definidas que ocupan un lugar entre las diez primeras causas de muerte del país; es decir, las tasas de mortalidad infantil, la esperanza de vida, que se exhiben alegremente como indicadores de calidad de vida en nuestro país, están sujetas a graves problemas de credibilidad. En este sentido valoro que, aunque no es una operación de imagen del sistema sanitario, incrementar los esfuerzos para que el sistema de información sanitaria funcione me parece una prioridad de primer orden.

También quiero señalar que las enfermedades de la pobreza y del subdesarrollo, señor Ministro, y no del clima, como las disenterías, las fiebres tifoideas, la lepra, la tuberculosis, las zoonosis, se están incrementando en nuestro país, como reconocía el propio Ministerio en su informe, precisamente con motivo de su exposición ante la Organización Mundial de la Salud, en 1988.

Recogiendo la intervención de Minoría Catalana, diré que tenemos el doloroso récord de ser el primer país de Europa, no solamente en siniestralidad —que es muy superior a los indicadores medios europeos—, sino en muertes por accidentes de trabajo. Evidentemente esta situación, tanto por la calidad como por la cantidad de los problemas presentados, no se corresponde, con la calidad de vida que podría deducirse de los indicadores macroeconómicos del Gobierno.

Por otro lado, es conveniente adoptar los criterios establecidos por la estrategia de salud para todos en el año 2000, porque en este país hay desigualdades sociales y territoriales que hacen que indicadores como la esperanza de vida al nacer tengan quince años de diferencia entre la media de la población española y los albañiles y mineros; es decir, la esperanza de vida entre mujeres y hombres es de alrededor de 75 ó 76 años y en determinadas profesiones no supera los 60 años.

Hay que tener en cuenta los criterios de salud para todos en el año 2000, porque dos de ellos ya no se van a cumplir en nuestro país en 1990; pues no habrá red de agua potable para todos los habitantes del país (recuerdo que en Galicia un 13 por ciento de la población carece de agua potable), ni tampoco van a estar eficazmente vacunados los niños contra cinco enfermedades inmunoprevenibles, porque en Galicia, entre otras Comunidades Autónomas, esta cifra apenas supera el 80 por ciento.

Con respecto al sistema sanitario se ha recordado el informe del Defensor del Pueblo; en los medios de comunicación se citan continuamente las listas y los tiempos de espera, incluso quiero recordar, señor Ministro, las palabras de la persona que le precedió en el ejercicio de su cargo. El señor Lluch escribió recientemente sobre la duplicación del número de personas que están en listas de espera en este país. Esto es planificación sanitaria, pues que la población envejezca en nuestro país es previsible por indicadores demográficos. En este sentido también quisiera señalar que cuando se alude al incremento de la demanda y se relaciona con el existente en otros países de nuestro entorno, evidentemente esa relación tendría que existir también cuando hablamos del gasto sanitario por

habitante o del porcentaje del producto interior bruto destinado a gasto sanitario.

Las deficiencias acumuladas en la sanidad pública tienen que ver con insuficiencias estructurales no resueltas desde hace largos años que han hecho que cuando el gasto sanitario por habitante disminuye el incremento de la cobertura sanitaria —casi seis millones de personas— deje de consistir en una mejora en la calidad del servicio para situarse tal universalización en una precariedad de los servicios y en el campo de la poca credibilidad del sistema.

La Ley General de Sanidad —quiero insistir en ello— va a cumplir cuatro años y aún existe una falta de desarrollo reglamentario suficiente, así como de incrementos presupuestarios que merezcan tal nombre, como los exigibles para poder llevar a cabo una reforma sanitaria; éstos son algunos de los grandes elementos pendientes en nuestro país.

Izquierda Unida defiende y defenderá el sistema público como el único capaz de hacer del servicio sanitario un servicio de justicia redistributiva y no un elemento de mercado. Afortunadamente no se ha señalado directamente aquí, pero Izquierda Unida quiere recordar que cualquier intento de introducir tasas o limitación a la gratuidad de ciertos tratamientos recibirá la más firme negativa por nuestra parte. Intentos semejantes en países de nuestro entorno, como Italia y Gran Bretaña, han recibido contundentes respuestas, tanto por parte de los profesionales como de las centrales sindicales y fuerzas de izquierda.

El incremento del gasto sanitario que otras fuerzas políticas han reclamado en esta Cámara y que tendremos ocasión de discutir en los debates de los Presupuestos Generales del Estado, no debe suponer una elevación desmesurada del gasto público. Aunque no sea tema de esta Comisión recuerdo que la disminución de gastos militares en momentos de paz y desarme puede suponer fuentes financieras que permitan hablar de una redistribución selectiva del gasto público y no de un endeudamiento irresponsable del Estado.

Creo que es adecuada —y me alegro de ello— la introducción de la tarjeta sanitaria individual. Soy nueva en esta Cámara pero he leído que en el año 1988 personas con destacados niveles de responsabilidad de su Ministerio ya anunciaron la implementación de la tarjeta sanitaria individual. Espero que eso se ponga en marcha. Quisiera que me aclarara los acuerdos sindicales que para dentro de tres años van a permitir la cobertura por equipos de atención primaria del 100 por ciento de la población, porque los datos con que cuento indican todo lo contrario, teniendo en cuenta que los objetivos de incremento de 150 equipos de atención primaria, para el año 1989, se han prorrogado para 1990 al no haberse cumplido los mismos.

También quería señalar, en torno a la atención primaria, si va a ser acometida por su Ministerio la solución a carencias tan básicas como la odontología, la salud bucodental, para que no ocurra la aberración que desde todos los puntos de vista supone el que trece odontólogos del IN-

SALUD sean responsables de la atención de 21 millones de personas.

Quiero indicar, por otro lado, la importancia de que se aumente el gasto sanitario hospitalario, teniendo en cuenta la descapitalización crónica que han sufrido los hospitales, que está haciendo que se conculque en la práctica el derecho a la asistencia sanitaria para muchos millones de personas.

También quisiera saber a qué se refieren las alusiones a la puesta en funcionamiento de nuevos centros hospitalarios, si van a tener la misma fórmula que el hospital de Getafe que, como ha señalado otro interviniente, se hará a expensas del desmantelamiento de otro centro sanitario, manteniéndose las insuficiencias de camas y de personal.

Finalmente, quisiera preguntarle sobre las previsiones acerca de la finalización del proceso de transferencias sanitarias a Comunidades Autónomas. Ha aludido a tres Comunidades Autónomas, pero cualquier proceso de coordinación, de planificación concertada exige la unificación de redes, completar el mapa autonómico y también que las leyes de transferencias vayan acompañadas de alguna medida económica que permita a las Comunidades Autónomas no hacerse cargo solamente de los servicios transferidos, sino acometer la superación de los déficit históricos acumulados.

Los recientes juicios en relación con la Ley de interrupción voluntaria del embarazo me llevan a preguntarle expresamente por las medidas que el Ministerio de Sanidad piensa adoptar para proteger el ejercicio de las funciones de los profesionales en la asistencia pública y en qué medida los equipos ginecológicos de la sanidad pública van a garantizar que en todas las áreas sanitarias se puedan ejercer los derechos que se desprenden de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

La participación de los ciudadanos es uno de los temas que más preocupan a Izquierda Unida; aunque conozco que los ciudadanos ejercen tal derecho a través de legislaciones propias de cada Comunidad Autónoma, entiendo que es competencia del Ministerio de Sanidad desarrollar los mecanismos que garanticen la más amplia participación de los ciudadanos en el control y en la planificación del sistema sanitario.

Quiero terminar diciendo que según datos del propio INSALUD los órganos de participación son poco más que una caricatura de sus objetivos, ya que las comisiones de participación hospitalaria, por ejemplo, tan sólo se han reunido desde su formación 0,6 veces por centro hospitalario.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): En nombre del Grupo Parlamentario Centro Democrático y Social, tiene la palabra el señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Quiero agradecer al señor Ministro su comparecencia. Ha sido extensa, como ya se ha señalado y nosotros le agradecemos que haya sido así porque realmente ha sido un repaso importante y denso; el problema está en que ahora no tenemos tiempo para

comentarlo en la medida en que esa extensa exposición se merece. Estamos aquí en una falta de adecuación entre los debates y nuestro reglamento, pero ése es otro tema.

Como comentario general diría que hemos recibido un paquete de ideas altamente aprovechables. La queja que yo haría es que el camino para llegar hasta aquí ha sido realmente largo. Hemos escuchado hoy muchas cosas que están en nuestro programa —no tengo más remedio que remitirme a ello—, han sido cosas que hemos reclamado desde hace mucho tiempo. Fenómenos —hemos dicho más de una vez— aparentemente ocultos, que accionaban y condicionaban al desenvolvimiento y manejo de la sanidad en su conjunto y que no era posible ignorar.

Hoy, por ejemplo, el señor Ministro cuando se ha referido a la demanda ha mencionado una serie de factores nuevos —él los llama nuevos— que se refiere al patrón de mortalidad, al envejecimiento de la población, a las nuevas tecnologías, a las nuevas patologías, a los hábitos que se derivan del incremento del crecimiento económico.

Me voy a permitir leer una parte muy breve de una proposición no de ley presentada hace unos días por mi Grupo Parlamentario. En ella se habla de las tendencias y profundas mutaciones, siendo éstas, las mutaciones demográficas, las nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico que actúan sobre los sistemas sanitarios de todo el mundo, como ha reconocido el señor Ministro. Por tanto, yo creo que debemos esperar, que estamos ante una nueva fase.

El señor Presidente decía al abrir la sesión que íbamos a dar paso a las comparecencias del nuevo Gobierno. No voy a entrar aquí ahora en valorar en qué medida este Gobierno es nuevo o está renovado en sus cargos. Lo que sí me interesa señalar es que si tenemos detrás de nosotros una fase de aprendizaje, cabe pensar que nos encontramos ante un nuevo Ministro, aunque no se trate de una nueva persona. Nosotros pediríamos que a partir de ahora, cuando sea necesaria la extensión de la exposición de las ideas, se haga, pero que demos por zanjado —si es posible— este paquete de lenguaje que, de algún modo, vamos haciendo común, porque si no estaremos siempre reproduciendo las mismas cosas. Este sería un comentario general y con toda sinceridad diré que en estos momentos es lo que más me interesa. Porque uno tiene afición a aprovechar los minutos, primero y, segundo, porque algún trabajo me ha dado el señor Ministro, voy a echar mano de alguna de las muchas notas que me ha obligado tomar. Antes de ello quiero señalar —también se ha hecho ya por otros Diputados que me han precedido en el uso de la palabra— que no hay una referencia a la política presupuestaria y tenemos el Presupuesto a las puertas de esta Cámara, probablemente el día 2 de febrero el Gobierno zanja definitivamente el Presupuesto y, por tanto, en estos momentos tiene que existir una línea presupuestaria. No pretendemos que nos anticipe el Presupuesto, pero sí cuáles van a ser los criterios fundamentales.

Ya se ha dicho aquí que ha sido hábil el señor Ministro. Ha iniciado su exposición con esa especie de cortina —cortina de humo o no—, pero echando mano de los cri-

terios de la OMS. En este sentido yo quiero hacer, fundamentalmente, dos comentarios. Que espero que no sean reminiscencias de la increíble y alta ideologización que padecemos, cuando los folletos de la OMS para los países tercermundistas se utilizaban para elaborar los programas sanitarios de los gobiernos. En el Partido Socialista espero que no sea así, creo que lo que ha seguido a ello no es así; creo que es un ropaje que se ha buscado. Pero ¡ajo!, la OMS no elabora esos criterios para que después los países elaboren sus políticas, de modo que colocarlo en el frontispicio, como se dice, de una exposición de este tipo, exige, al menos, que se despeje esta duda.

Ha hablado el señor Ministro del sistema sanitario en su conjunto, de los demás sistemas sanitarios. Estoy de acuerdo; pero no nos ha dicho —y ha sido señalado también antes— qué va a suceder con las transferencias, es decir, qué voluntad hay de transferir y cuáles son los plazos que se tienen que cumplir.

Ha hablado, dentro de este párrafo, de la necesidad de atender a lo que podríamos llamar la disminución —sería mucho mejor el desmoronamiento— de las desigualdades sanitarias en nuestro país, que son una constante. Yo creo que aquí —y lo digo anticipando algo— sería importante utilizar la aportación del sector privado, ésta es precisamente una de las grandes aportaciones que puede hacer el sector privado a la planificación sanitaria en su conjunto.

El señor Ministro ha hablado, ¡cómo no!, de hábitos saludables, de su importancia en la sanidad. Todos sabemos que el cambio del papel social de la mujer tiene una trascendencia enorme sobre la sanidad y sobre el gasto sanitario. La mujer en el trabajo fuma y bebe más e incrementa las tasas de alcoholismo y de cáncer de pulmón; mientras el cáncer de pulmón masculino decrece se incrementa la tasa de cáncer de pulmón femenino. La mujer que ya no se queda en casa, naturalmente modifica la capacidad asistencial de las personas mayores, de los ancianos y así sucesivamente. No vamos a entrar en ello.

El señor Ministro ha dicho que una de las grandes cosas que se podían hacer en salud es una intensa campaña sobre el tabaco. Esto me recuerda cuando yo hace tiempo desempeñaba un cargo público y un Ministro me llamó a su despacho. Pensé que quería saber algo en relación con el cargo que desempeñaba y me encontré con que lo que quería saber era mi opinión acerca de qué política prioritaria había que hacer en salud. Me lo planteó así. Yo le dije que una buena política de empleo. Naturalmente se quedó boquiabierto. El quería que yo le hablara de sanidad y me había planteado la pregunta en términos de salud. Naturalmente el paro es patógeno y si hacemos una buena política de empleo estamos haciendo una buena política de salud.

Todos estos temas hay que estudiarlos a fondo, no basta con que los enunciemos aquí. Tenemos que saber cuál es la incidencia, si debemos dejarnos guiar por ello o no, si es importante o no, si lo podemos seguir utilizando en nuestras intervenciones o es insignificante y colateral su importancia.

Se ha referido el señor Ministro al tema de las urgen-

cias, los accidentes de tráfico. El incremento en los seis primeros meses de 1989 respecto de los seis primeros meses de 1988 fue del 7 por ciento. Este es un hecho que incide poderosamente sobre la planificación de las urgencias. Por ejemplo, estamos en una epidemia de gripe y no se han utilizado los poderosos medios de comunicación de que dispone la sociedad moderna para instruir a la población sobre qué hábitos saludables debe incluir —no basta con que los sepan— cuando se va a aproximar la epidemia y se tienen ya noticias de que avanza.

Muy rápidamente, se ha referido a los tiempos de espera. A esto tengo que decir que seguimos echando de menos lo fundamental, que es la clasificación de la espera. El señor Ministro ha dicho que se va a disminuir, que se puede disminuir o que se están disminuyendo los tiempos de diagnóstico y no, desgraciadamente, los tiempos de tratamiento. Eso es porque no se clasifica bien la espera, porque lo importante de la espera es que se diagnostique pronto y se trate pronto; lo importante de la espera es que una persona no tenga que esperar ocho meses a saber si tiene un incipiente cáncer de pulmón, y, naturalmente, si se diagnostica eso como tal es necesario atacarlo en el plazo máximo de quince días, porque, de lo contrario, puede modificarse totalmente la esperanza de vida de esa persona.

Aprovechamiento de los recursos. El señor Ministro ha hablado de utilizar los privados y los públicos, en una —digamos— formulación precavida. A esto ya no hay que tenerle miedo. Esto hay que considerarlo zanjado; que no se vea en ello planteamiento de derechas o de izquierdas, progresistas o no progresistas. Es necesario utilizar el sector privado en todas aquellas cosas donde puede actuar de un modo más eficiente, más rentable, más eficaz y eso con toda valentía. Dejémonos de eufemismos o de planteamientos, más o menos encubiertos. También es necesario saber por qué ha dicho: se van a evaluar los precios de un modo distinto. ¿Cómo, señor Ministro? Esto sí sería un criterio. Probablemente, a usted le faltan datos. A mí en estos momentos también me resultaría difícil decir cuáles son los criterios reales para constituir una negociación de precios con el sector privado; pero sí hay algunos que ya debemos de tener, por ejemplo, el establecimiento de módulos de calidad con incentivos y con objetivos. Eso hay que decirlo, señor Ministro, porque ya está inventado, ya sabemos que es eficaz, y, además, sirve para que el sector privado establezca criterios de control de calidad que son fundamentales, porque no se trata de permitir que hagan todo lo que quieran, con todo el derecho que, naturalmente, existe a utilizar el mercado para buscar lucro en lo que podría llamarse la atención sanitaria.

En lo que respecta a medicamentos, se ha referido a un gasto asumible a la Seguridad Social. Y ¿cuál es ese gasto asumible, señor Ministro? Esa es la dificultad. Sería un criterio escuchar de usted que el gasto que entienda asumible para la Seguridad Social es éste y no otro. Es decir, ¿es el 40 por ciento del precio del medicamento; es el 25 por ciento o es el 60 por ciento? ¿Hay otros grupos que tienen que ser incluidos, o, por el contrario, deben ser retirados? Etcétera.

Hospitales. Me ha llamado la atención que se van a crear nuevos centros en áreas peor dotadas. En principio, nada en contra de ello. Así dicho, no hay más remedio que decir sí. Ahora, yo no tengo más remedio que echar de menos que se pueda ir hospitalizando el país, es decir, creando hospitales por todas partes, sin antes haber categorizando debidamente los hospitales que tenemos, sin haber aprovechado las posibilidades de la asistencia primaria, sin introducir criterios o mecanismos, mejor dicho, procedimientos de competencia. Todo esto hay que hacerlo antes.

Se ha referido a reforzar la asistencia ambulatoria de los hospitales. También hay que decir que de acuerdo; pero, ¿cómo? ¿Introduciendo el sistema ya descubierto y conocido de prediagnóstico y postcura, por ejemplo? Eso es lo que tenemos que escuchar, señor Ministro. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Respecto a que el Defensor del Pueblo le ha manifestado su satisfacción por las medidas que después de su informe se han puesto en marcha, vamos a alegrarnos aquí de que el Defensor del Pueblo diga eso. Alguna desazón, algún sufrimiento humano, con toda seguridad, se ha ahorrado y ya eso, para nosotros, es suficiente para incorporarnos a la opinión del Defensor del Pueblo. Si se nos pide la opinión del político que está hablando de Sanidad, tengo que reducir esa satisfacción enormemente, es decir, de la moción que presentó mi grupo parlamentario y que aprobó toda la cámara apenas se han puesto en marcha cosas de las más sustanciales. Antes me he referido a la categorización de los hospitales; no se ha hecho nada en ese sentido, y no se han hecho sistemas coordinados. Se ha puesto el número 061, en Madrid. Bueno, ¿por qué no se ha puesto el número que está ya recomendando la Comunidad Económica Europea? Esto puede que no tenga demasiada importancia.

Señor Presidente, voy a repasar rápidamente por si me queda alguna cosa.

La defensa de los centros públicos. Señor Ministro, mi grupo parlamentario y este Diputado van a defender, en la medida que les sea posible, la defensa de los centros públicos. Ese es un planteamiento insoslayable y ahí no hay nada que decir. Ahora bien, usted dice que es malo desprestigiarlo, incluso ha dicho que es un flaco servicio a la sociedad. Señor Ministro, le tengo que decir con toda sinceridad que si flaco servicio es desprestigiar, no es menos flaco servicio, yo diría que es flaquísimo, magro o paupérrimo servicio la descapacitación de los hospitales, la politización de los hospitales, la mala gestión de los hospitales. A eso hay que poner ya término y fin. Es un capítulo que debemos entender que ha sido superado por la historia de nuestro país. Por tanto, queremos realmente pedir que no se hagan acciones que puedan entenderse, incluso por los propios trabajadores de los hospitales, como desprestigio; es necesario que no existan razones para realmente hablar en ese sentido.

Quedan muchísimas cosas aquí. Está el tema de la evaluación, de la tecnología. Señor Ministro, los holandeses, en 1983, pusieron en marcha un comité para evaluar los escenarios de la utilización de la nueva tecnología médi-

ca. En el año 1985 emitieron un informe y sí están en condiciones de poder decir cuál es la incidencia que el gasto o la inversión en alta tecnología médica tiene, qué decisión política han tomado y poderla discutir con las demás fuerzas políticas. Entonces, se sabrá realmente quién es cada quién, qué es lo que uno apoya y qué es lo que uno rechaza. Ahora podemos todos encubrirnos detrás de un, digamos, pseudodiscurso en el cual aparentemente todos podemos tener razón.

Por ejemplo, ¿el gasto de la alta tecnología es el uno por ciento, que se da en casi todos los países desarrollados y que por cierto en España también creo que es ése el nivel de inversión? ¿Es suficiente? ¿Cuál es, realmente, el problema de la alta tecnología? ¿Invertir el uno por ciento o el consumo que genera la alta tecnología? Eso sí incide en el gasto sanitario, mucho más que otras cosas.

SIDA. En el SIDA, en principio, lo que usted ha dicho está bien. No nos ha dicho nada de si hay casos ya en España del virus VIH2; me extraña mucho que, a la hora de citar cifras, no haya citado el número de casos. Estamos todos sometidos al rumor de que ya se han producido y hay profesionales que nos dicen que han sido detectados.

Importancia de la transmisión vertical. Creo que aquí hay que actuar con más energía porque ésa es una de las líneas terribles, devastadoras, no solamente para el gasto sanitario sino para la sociedad.

En cuanto al consumo, muy rápidamente decir que, a pesar de que usted ha dicho, señor Ministro, que la sentencia del Tribunal Constitucional ha determinado el retraso en la elaboración del Reglamento de la Ley, la sentencia del Tribunal Constitucional, si mal no recuerdo, fue en enero de 1989, ¡fíjese usted si no se podía haber hecho ya un reglamento! bien es verdad que este año hemos estado todos de un lado para otro, en una transhumancia muy singular.

El señor **PRESIDENTE**: Concluya, señor Revilla, por favor.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Quería decir que es necesario homologarse a las Directivas europeas y establecer la normativa que regule la restitución por daños y perjuicios.

Nada más.

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

La señora **GARMENDIA GALBETE**: Quería agradecer la presencia del señor Ministro y aprovechar su intervención sobre el tabaquismo para hacer un llamamiento solidario a la moderación en los miembros de esta Comisión, porque soy nueva aquí y me ha extrañado lo muchísimo que se fuma.

La verdad es que me resulta muy difícil, por no decir imposible, discrepar de los objetivos y a las grandes líneas estratégicas que ha planteado el señor Ministro en torno a ese conjunto de deseos, que a lo largo de esta legislatura tendremos tiempo de ir evaluando en esta Co-

misión en qué medida se están consiguiendo. No se puede discrepar, por ejemplo, de la necesidad de un plan integrado del sistema nacional de salud. El señor Ministro se ha referido a él hablando de un futuro próximo. A mí me gustaría, a ser posible, que especificara más ese futuro próximo de este plan.

No sé dónde se celebraría ahora la conferencia de Dálmata, pero desde luego en Euskadiko Ezkerra estamos absolutamente de acuerdo con sus conclusiones en lo referente a la importancia de la reforma de la asistencia primaria. A mí también me gustaría que el señor Ministro explicara un poco más el contenido de los acuerdos a que ha hecho referencia en su intervención. Pensamos que no se está dando el adecuado esfuerzo inversor en la cuestión de la reforma de la asistencia primaria, y también quisiéramos que explicara si se pretende que planes como la atención buco-dental se incorporan a esta reforma.

No podemos discrepar tampoco de la importancia de las nuevas tecnologías, tanto las referidas a diagnóstico como las terapéuticas. Y se nos ocurre una pregunta referida a recursos, porque consideramos insuficiente el gasto que se dedica en este país a sanidad, en relación con el PIB. Todavía seguimos colocados junto a países como Portugal y Grecia, en lugar de estar situados junto a otros de nuestro entorno. Quisiera también saber si el señor Ministro se plantea algo referente al tema de la posibilidad de que su presupuesto esté financiado al cien por cien por los Presupuestos Generales del Estado.

Se ha hablado de mejoras de gestión. Desde luego es obvio que se necesitan fórmulas operativas en la gestión de los recursos públicos. También se ha tratado del tema de la descentralización y de la autonomía de gasto, y nos gustaría que el señor Ministro especificara más todos estos asuntos.

Igualmente se ha tratado un tema importante, como es el de medidas de reforma de la prestación farmacéutica. Se han dado como límites de estas medidas el buen sentido, las pautas comunitarias europeas, pero quisiera que se especificara más, porque hay una cuestión a la que se ha referido antes la representante de Izquierda Unida sobre la que el señor Ministro no ha contestado. Se trata de un tema vivo que aparece y desaparece de vez en cuando en los medios de comunicación, como es el ticket del moderador o los retrasos por acto médico y las limitaciones a las prestaciones del sistema público. Nos gustaría, a ser posible, una afirmación expresa del señor Ministro sobre estas cuestiones porque, desde luego, Euskadiko Ezkerra no estaría por apoyar un tipo de medidas como las que he comentado.

Sobre las urgencias hospitalarias, y desde una postura decidida de defensa de la sanidad pública y de los profesionales, la verdad es que esperaba una valoración más autocrítica, porque aunque el Defensor del Pueblo haya afirmado que el grado de cumplimiento de las recomendaciones es satisfactorio, estoy segura de que el señor Ministro del Gobierno socialista no puede estar conforme solamente con eso, ya que la situación de estos últimos días ha sido grave y nos ha dado mucho que pensar a todos. No se puede conformar, me imagino, con que los planes

de mejora de los servicios de urgencia se estén cumpliendo según los plazos esperados. De alguna manera, la situación de estos últimos días nos demuestra que existe un fallo importante, por lo que esperaba una valoración, repito, más autocrítica de todo esto.

Algunos asuntos no se han tratado y también me gustaría que el señor Ministro nos dijera algo sobre ellos, como el referente a la ley del estatuto-marco del personal sanitario. Quisiera alguna concreción sobre las transferencias del INSALUD a aquellas comunidades autónomas que estatutariamente las puedan recibir.

Sobre la asistencia psiquiátrica, quisiera saber para cuándo se va a implantar, y sobre el paciente como titular de derechos, del que se suele hablar mucho, el INSALUD tuvo un código de derechos del paciente, pero el señor Ministro no lo ha tratado en su intervención. Me gustaría saber si tiene algún plan al respecto.

Para acabar, quisiera hacer una serie de preguntas, en nombre de mi compañero del Grupo Mixto Vicente González Lizondo, de Unión Valenciana, relativas a Valencia en concreto. El Servicio valenciano de salud tiene transferidas prácticamente todas las competencias, pero el señor González Lizondo considera imprescindible que el señor Ministro conozca algunas pequeñas particularidades sobre el mismo.

La Ciudad Sanitaria La Fe, de Valencia, se encuentra totalmente colapsada, por lo que muchas veces los enfermos tienen que ser ubicados en los pasillos y pasan meses para que un enfermo pueda ser intervenido quirúrgicamente.

El nivel de los hospitales comarcales en la Comunidad valenciana es uno de los más bajos de todo el Estado español, especialmente en las provincias de Alicante y Castellón, que carecen de ellos. Desgraciadamente, ya son muchos los casos en los que la gran distancia existente con un centro médico ha costado la vida a varias personas.

He de señalarle al señor Ministro que también en la ciudad de Valencia, el Hospital Clínico se encuentra prácticamente en estado tercermundista y tras un incendio registrado hace más de dos años está prácticamente inservible.

En la ciudad de Gandía, tras varios meses de inactividad en los quirófanos, ayer se ha abierto uno provisionalmente. Cuando se le requiere al Conseller de Sanidad, que en opinión de los señores de Unión Valenciana está fracasando estrepitosamente, también se queja de que las inversiones del Gobierno central no aparecen por ninguna parte.

Y pregunta el señor González Lizondo qué previsiones de inversiones en materia de sanidad tiene previsto el Ministerio para los próximos dos años en Valencia, Castellón y Alicante, añadiendo que es consciente de que estos defectos no son sólo obra de la gestión de la época autonómica, sino que mayoritariamente vienen heredados de épocas anteriores.

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

El señor **GIMENO MARIN**: Quiero agradecer al señor Ministro, cómo no, su comparecencia en esta Comisión, porque nos ha permitido conocer las líneas fundamentales de lo que va a ser la política del Gobierno y del Departamento que él dirige.

Me gustaría empezar mi intervención felicitando al señor Ministro por el enfoque que ha dado a sus palabras, y lo digo en el sentido de que me ha parecido bueno que haya utilizado el esquema de la estrategia de la OMS de Salud para todos para el año 2000. Me parece, repito, que es un enfoque adecuado y no tiene nada que ver con el Programa 2000 del Partido Socialista. Yo entiendo que haya obsesiones por parte de algunos grupos en lo que se refiere al Programa 2000 del Partido Socialista, pero espero que sea simplemente la obsesión por el Partido Socialista y no un desconocimiento de ese programa de Salud para todos para el año 2000 de la OMS, dado que éste es el programa que se aplica hoy fundamentalmente por lo menos en los países de la Comunidad Europea con los que compartimos muchos de los problemas. Estoy de acuerdo, por supuesto, en que muchos de los principios que se marcan en esa estrategia para el año 2000 no sólo eran planteamientos de la OMS, sino que posiblemente coincidían con planteamientos de otros grupos.

También quiero indicar que me felicito de que elementos fundamentales de la reforma sanitaria, propuesta y desarrollada por el Partido Socialista, han sido asumidos ya, afortunadamente, por la mayoría de los grupos —sea la reforma de la atención primaria, los temas de universalización, etcétera—, aunque no por todos. Es obvio que el Grupo Popular no ha compartido estos principios, y también es cierto —y no tengo nada que decir al respecto— que por parte de otros grupos se critican aspectos de esa reforma sanitaria que se está desarrollando. A mí me parece lógico.

Me gustaría decir a la señora Villalobos que en intervenciones anteriores en esta Comisión —ya sé que ahora no ha intervenido— ha pedido la desaparición de dos ministerios. Pero a pesar de que utilizó planteamientos críticos, consiguió que se le dijera que se equivocaba, porque así no iba a conseguir ser ministra, ya que creemos que si su Partido gobierna algún día, usted llegará a ministra. Creo que ha sido inteligente en su intervención, quizás por su experiencia parlamentaria.

No obstante, no entiendo las manifestaciones de algunos grupos por el nivel catastrofista en que se han desarrollado. Y no los entiendo porque acabamos de empezar la legislatura. Creo que algunos se han olvidado —y comprendo que no se compartan los planteamientos que se hacen por el Partido Socialista o por el Gobierno— de que por lo menos había que dar un margen de confianza, porque parece claro y evidente que los ciudadanos nos han dado la mayoría suficiente con su apoyo para gobernar. Con esto no quiero decir, insisto, que se compartan nuestros planteamientos. En cualquier caso, expresiones como las que se han utilizado, de vergüenza de cosas que se han leído, y que esperan que vamos a fracasar, etcétera, debían esperar. Denos un margen de confianza para poder empezar a criticar en la forma en que se está haciendo.

Si yo aludiera a alguna de las intervenciones que se hacen, indicaría que no entiendo cómo a estas alturas del siglo todavía se habla de que no es posible tener indicadores de calidad para determinados servicios públicos. Pero no quiero hablar más de eso, señor Ministro. Quiero hablar de lo que me importa fundamentalmente, que ha sido su intervención. Y como su intervención importa al Grupo Socialista, como es lógico, quiero indicarle que entendemos muchos de los aspectos que ha señalado, aunque también tenemos preocupaciones en nuestro Grupo. Sabemos que existen problemas, creo que, además, muchos coincidiríamos en marcar los que algunos grupos han planteado. He de manifestarle que yo me apunto a algo que ha dicho el señor Hinojosa, y es que prefiero que, a pesar de que haya mucho dinero para la sanidad, lo siga habiendo. Mi Grupo también considera que es mejor que siga habiendo dinero para la sanidad, porque creemos que es un servicio público fundamental y, entre otras cosas, para continuar haciendo los planes de inversiones, etcétera, que se han venido desarrollando, porque son muy importantes. En cualquier caso, no vayamos a caer en aquella tentación que alguna vez podríamos haber tenido de decir que los recursos eran suficientes. Creo que si destinamos más recursos a la sanidad, hay que seguir haciendo los mismos esfuerzos que estamos realizando.

Es cierto que los problemas que tenemos nosotros son análogos a los que tienen los demás países de la Comunidad Económica Europea, porque esos problemas —también lo señalaba el portavoz del CDS— obedecen, por un lado, a características normales, análogas en los demás países, problemas demográficos que es indudable que existen, aparición de nuevas enfermedades o de las que son propias de un determinado estilo de vida, y, por otro lado, algunas de las que ha citado el señor Ministro en ese nuevo enfoque de su intervención. Por cierto, yo me apunto a algunas de las manifestaciones que ha hecho un portavoz en concreto, porque parece un poco contradictorio —y no estoy haciendo propuestas a esta Comisión— que cuando habla un Ministro de Sanidad en esta Comisión y hay medios de televisión, es decir, que se ve en directo, cuando estamos hablando, por ejemplo, de que determinados hábitos generan más problemas que los que resuelve toda la atención sanitaria que se pueda prestar, como sucede en el caso del tabaco, no parece muy adecuado, repito, que estemos con humo en la sala cuando está hablando el Ministro de Sanidad y estén los medios televisivos. Insisto que no estoy haciendo ninguna propuesta a esta Comisión, señor Presidente, sólo intento introducir a todos en esa nueva ola o en ese nuevo planteamiento en el que estamos insertos, cual es mejorar la salud para todos, que creo compartimos la mayoría.

La población española de hoy tiene distintas características de las que tenía en otros momentos porque, afortunadamente, la población española está más informada. Es cierto que se han producido avances tecnológicos y, como no podía ser de otra manera, todas estas circunstancias dan lugar a mayores exigencias por parte de los ciudadanos. Es lógico y no nos tenemos que preocupar por eso. Es normal, como lo es que a veces eso genere pro-

blemas, lo que ocurre es que tenemos que afrontar esos problemas e intentar resolverlos lo mejor posible. Se han producido avances, se ha tendido hacia la universalización, podemos hablar de universalización de la asistencia sanitaria, podemos hablar de importantes inversiones que se han puesto en práctica y de que incluso se cuenta con más medios humanos ahora que antes, y si nos refiriéramos al gasto sanitario total en España en relación con el producto interior bruto, etcétera, tendríamos que concluir que, por lo menos, nos parecemos o estamos llegando a la media de los demás países de la OCDE, incluso a la de otros países europeos.

Es cierto también que la población ocupada en el sector sanitario ha crecido de una manera importante, pero todas estas situaciones no nos pueden llevar todavía a una satisfacción. Nos tienen que llevar a una exigencia para resolver más problemas. El señor Ministro señalaba que los centros de salud cubren la asistencia de la mitad de la población. El Grupo Socialista quiere que se insista en ese tipo de política, porque son necesarios nuevos equipos de atención primaria y la creación de más centros de salud, aunque, lógicamente, compartimos los límites a los que se ha referido el señor Ministro.

En ese contexto, téngase en cuenta —a veces se confunden y se generalizan problemas concretos que parece que afectan a todos— que es cierto que en estos momentos la sanidad está transferida más o menos en un 50 por ciento en términos de población, lo cual genera determinadas confusiones entre los ciudadanos, por lo que entiendo algunas de las manifestaciones que ha hecho el señor Ministro. Dentro de ese contexto —y cuando comienza esta legislatura el señor Ministro nos habla de la política de su Departamento— queremos insistir en algunas cuestiones específicas o en unos ejes fundamentales, y uno de esos ejes no puede ser otro que una preocupación especial por los ciudadanos, por los usuarios de la sanidad.

Así, dentro del mantenimiento de ese derecho a la salud para todos que se ha planteado como estrategia el señor Ministro, cualquiera que sea el origen, residencia o nivel social de un ciudadano, queremos insistir en que hay que emplear todos los recursos existentes para resolver esa demanda. Dichos recursos, tanto los públicos como los privados, deben ser controlados, deben exigirse unas garantías mínimas. Hay que persistir en algunos aspectos que ha iniciado el Ministerio, a pesar de que ello pueda plantear determinados problemas, como puede ser la cita previa o ese teléfono de urgencias al que hacía referencia, ya que son aspectos que inciden en lo fundamental, en lo que nos preocupa más, cual es que los ciudadanos reciban una atención más personalizada y que les resolvamos los problemas que puedan presentarse.

Compartimos los esfuerzos que hay que hacer en la gestión, como tarea ya iniciada e importante, pero en la que hay que insistir mucho más, señor Ministro. La gestión es un problema clave en estos momentos. Y compartimos, cómo no, la postura de buscar la colaboración con los profesionales. Por citar un principio muy genérico, ya que no puedo hablar de toda su intervención, estamos a favor de fomentar la responsabilidad del personal en todo lo que

es la atención a la salud, porque es cierto que la salud es una tarea de todos y no sólo de los poderes públicos.

Señor Ministro, usted me conoce y sabe que yo no puedo dejar de hablar de consumo; tengo que hablar de consumo a la fuerza. Le quiero decir que me alegro de las manifestaciones que ha hecho sobre los consumidores y sobre la política de consumo. Creo que las políticas de consumo y de defensa de los consumidores y usuarios son elementos de modernidad que hay que introducir claramente en la sociedad española. Quizá nos incorporamos con retraso a las políticas realizadas en este sentido en otros países de la Comunidad, también planteó esta cuestión el Presidente del Gobierno en su discurso de investidura, pero, compartiendo sus planteamientos generales, señor Ministro —a mí me preocupan aspectos específicos—, he de señalar que, en cualquier caso, tenemos que ser conscientes de que los consumidores son unos elementos de modernidad del sistema productivo y de los servicios públicos, y le digo lo mismo en relación con la sanidad. Pero, además, son un elemento fundamental de articulación de la participación social, y creo que es importante que estos principios, que todavía no han penetrado en determinados sectores, se vayan asumiendo como planteamientos normales.

Por supuesto, hay que continuar con la protección legal, como lo ha planteado, pero voy a insistir en unos puntos específicos que considero que son claves. Uno de ellos es el acceso a la Justicia, señor Ministro. Ya sé que la política de consumo es una política integral y que a su Ministerio le corresponde su impulso como objetivo fundamental, pero dicho impulso —casi todo es integral en todas las áreas— nos tiene que llevar a atrevernos a plantear una reforma de los procedimientos en la Justicia —que posiblemente se discutan también en otras Comisiones— y a favorecer las acciones colectivas, y eso está dicho en el programa electoral del Partido Socialista.

Señor Ministro, el sistema arbitral es muy importante, porque con los problemas que existen en la Justicia, ese acceso a la misma por parte de los ciudadanos está imposibilitado. Hoy no puede acudir a la Justicia un ciudadano normal con un problema normal, y no sólo en lo que se refiere a la protección a la salud alimentaria, pues el consumo no sólo es salud alimentaria, usted lo sabe bien señor Ministro. Como decía, los ciudadanos se ven completamente imposibilitados para acudir a la Justicia, porque nadie va con una reclamación de una lavadora o de menos importancia para ir a un tribunal que, además, no sabe cuándo va a resolverle el problema. Por consiguiente, para nosotros es muy importante el sistema arbitral. Póngase de acuerdo con el Ministerio de Justicia o póngase usted de acuerdo sólo consigo mismo y plantee al Gobierno la necesidad de que este tema salga adelante.

Hay otro problema que sí le afecta más directamente, y también debe plantearlo al Gobierno, señor Ministro. Me refiero al fomento del asociacionismo. Cuando hablo del fomento del asociacionismo he de manifestar que me preocupa una cosa, y ayer se lo decía igualmente a la señora Ministra de Asuntos Sociales. Le manifestaba que estaba a favor del asociacionismo, pero que había que te-

ner la imaginación suficiente para fijar unos criterios que fortalecieran ese asociacionismo, no fuera a suceder —y en el consumo ocurre mucho, y usted lo sabe— que cualquier persona que quiere competir deslealmente con otra, se monte una asociación para crearle problemas a determinada empresa, lo cual está ocurriendo. Pero además le advierto, señor Ministro, que nosotros creemos que incluso ocurre a nivel de competencia con otros países de la Comunidad Económica Europea. Creo que incluso en España en estos momentos se están produciendo fenómenos de ese estilo.

El señor Presidente me indica que vaya terminando y voy a concluir, señor Ministro, diciéndole algo muy simple. El Grupo Socialista va a colaborar con usted, sin ninguna duda, pero el Grupo Socialista también quiere decirle que quiere ser exigente, se lo he dicho a otros ministros, y no sólo exigente, quiere ser imaginativo en el planteamiento de iniciativas en este Parlamento para ayudar al Gobierno y a usted a que el programa del Partido Socialista se cumpla, tal y como nos hemos comprometido con los ciudadanos.

La señora **VILLALOBOS TALERO**: Señor Presidente, pido la palabra.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Villalobos, realmente no se ha producido una alusión, pero si vamos a tener un diálogo, prefiero darle la palabra. Simplemente se ha narrado un hecho que ha ocurrido en esta Comisión el día antes. Eso no lo considero alusión, pero repito que le doy la palabra.

La señora **VILLALOBOS TALERO**: Gracias, señor Presidente. Usted, como siempre, tan benevolente.

Simplemente es una observación al señor Gimeno. Comprendo que aluda a mi persona, porque he llevado las comparencias anteriores, pero hay una cierta responsabilidad por lo que se hizo antes; son los mismos Ministros en los mismos cargos y es lógico que hablemos del pasado. Lo que sí le garantizo, señor Gimeno, es que a usted sí le vamos a dar esos cien días de gracia, porque usted inaugura su cargo como portavoz del Grupo Socialista, y ahí es donde tiene que demostrar su capacidad.

El señor **PRESIDENTE**: Eso no es contestar a una alusión, es provocar otra alusión.

Señor Gimeno, ¿quiere contestar?

El señor **GIMENO MARIN**: Simplemente decir que sólo hice una cita amable a la señora Villalobos.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Ministro tiene la palabra, para contestar a los portavoces de los Grupos.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Siguiendo el orden de intervención que se ha producido, comenzaré por contestar al Grupo Popular.

Al portavoz del Grupo Popular le tengo que decir que la desilusión es mutua. A mí también me ha sorprendido

que hiciera una intervención tan estereotipada y, sobre todo, con una serie de tópicos que ya conocemos de sobra, tópicos que se vienen repitiendo y que, además, los escribe S. S. con cierta regularidad. Desde luego no debe pensar que esta desilusión por mi parte se deba a que él es ingenuo. No lo es en absoluto; podrá ser otra cosa, pero ingenuo no.

Además, S. S. se ha contradicho. Por una parte ha manifestado que el discurso era largo, denso, que tocaba muchos asuntos, que era una multitud de temas los que se habían abordado, y luego, por otra parte, dice que era un discurso para dos o tres meses y se preocupaba —se lo agradezco— por mi futuro político. No se preocupe por él, señoría, ya me ocupo yo, y lo hago desde una perspectiva que creo que es bastante razonable. A mí me preocupa mi posición personal, me preocupan los intereses de mi Partido, servir a mi Partido, y me interesan los intereses globales de la población española, sirviéndolos en la forma modesta que pueda hacerlo. Por tanto no se preocupe por ello y evite estas contradicciones.

Hay muchos asuntos de la intervención que tendremos tiempo de ir viendo a lo largo de esta legislatura. Ya verá S. S. cómo, además, algunos de ellos lamentablemente no nos da tiempo a poderlos implementar en los próximos cuatro años, porque son muy complejos, son de una naturaleza bastante densa S. S. incluso lo ha reconocido.

No me ha sorprendido en absoluto que esté en contra de la estrategia de Salud para todos de la Organización Mundial de la Salud. Yo sabía que el Grupo Popular no lo iba a entender. Estaba convencido de que no lo iba a entender a pesar de que yo he insistido —y no lo ha notado el matiz— y he dicho estrategia europea. Es que el representante del Grupo Popular ya dijo en una ocasión que la OMS era una organización tercermundista, porque en ella están representados mayoritariamente los países del Tercer Mundo. Pero lo que ocurre es que en Europa no hay ningún país del Tercer Mundo, son los países europeos los que la componen y, por tanto, estamos hablando de la región europea.

Lo que sucede aquí es que el Portavoz del Grupo Popular, llevándose por un ansia que además en S. S. es comprensible porque es la primera vez que está en esta Cámara, por un ansia —digo— de oponerse al Partido Socialista como sea, se opone a la estrategia de Salud para todos, se opone a la OMS, y yo deseo que si en un día muy lejano gobierna el Partido Popular no saque a España de la OMS, o incluso de las Naciones Unidas, sólo por fastidiar al Partido Socialista. Espero que no suceda así, por el bien de nuestro país.

Lo que sí espero es que reconsideren esa postura, y que cuando hablemos dentro de poco de este documento de trabajo, vean que es un documento razonable, técnico, que es parecido al que han aprobado otros Gobiernos en Europa, incluso gobiernos conservadores, y al final, con las modificaciones que estimen oportuno, que las tendremos en cuenta, y en la medida de lo posible siempre se incorporarán, deseamos que se sumen a la estrategia europea con todo tipo de gobiernos: conservadores, socialistas y liberales, si no, la responsabilidad será del Grupo Po-

pular, que se quedará fuera de la estrategia de Salud para todos, que es lo que todos los gobiernos modernos del mundo, sobre todo en Europa —insisto siempre en que de Europa—, están implantando.

No me extraña tampoco que el señor representante del Grupo Popular haya insistido en su tema favorito, en el modelo, cuando resulta que en todos los países europeos —y cito una revista francesa no de izquierdas, «Le Point»— está desapareciendo lo que se denomina la discusión teológica sobre la sanidad o sobre la asistencia sanitaria. Parece que el Grupo Popular no se ha enterado y sigue hablando del modelo, sigue hablando de la discusión teológica, de la discusión ideológica, una discusión, además, que se basa en principios asistencialistas y que parte de una oferta ideológica que es oponerse como sea al sistema nacional de salud.

Además el señor representante del Grupo Popular lo dijo el otro día en una televisión privada cuando hablaba del «haiga», de los utilitarios y hacía una comparación con el parque automovilístico americano, español y de otros sitios. Lo que pasa es que el señor representante del Grupo Popular no sabe lo que piensan otros gobiernos conservadores. Y, para que lo sepa, yo le recomiendo que se lea la discusión que tuvo lugar el 31 de enero de 1989 en la Cámara de los Comunes, en la que mi colega, el señor Kenneth Clarke, cuando se hablaba de la permanencia del Sistema nacional de salud, su vigencia en el tiempo presente, su operatividad, después de haber leído con atención el famoso Informe Griffiths que no sé si se ha leído en el Grupo Popular, pero para que lo sepa fue un informe que pidió el gobierno conservador para llevar a cabo unas propuestas que había hecho antes de la segunda legislatura Thatcher dicho gobierno conservador con el fin de dismantelar el Sistema nacional de salud por poco eficiente.

El señor Griffiths, que por cierto no es laborista sino conservador —un funcionario muy eficaz, conocido del Ministerio de Sanidad y Consumo de España—, hizo un informe recomendando lo contrario. El señor Kenneth Clarke leyó el informe, que se publicó a principios de 1988 y (es una transcripción del «Diario de Sesiones» de la Cámara de los Comunes) a propósito de ese Sistema nacional de salud que se creó en 1948 —y que decía S. S. el otro día que estaba periclitado, que era un «haiga» antiguo y que el PSOE también decía que estaba anticuado— decía textualmente: Creo que los principios en los que se asienta el National Health Service siguen siendo válidos hoy en día y continuarán sirviéndole de guía para entrar en el nuevo siglo. Aparte de decir algunas otras cosas en su intervención —estoy hablando, repito, del «Diario de Sesiones» del día 30 de enero de 1989 de la Cámara de los Comunes— señalaba entre otras cosas el señor Clarke que las listas de espera seguirán existiendo. Lo digo también para que el Grupo Popular sepa lo que piensan otros conservadores, conservadores coherentes, por supuesto. Hay muchas citas que están dirigidas a defender el modelo, y modelo lo digo con comillas. Contestando a la oposición dice: El Partido Conservador tiene el verdadero Libro Blanco y comprobará S. S. —refiriéndose a un labo-

rista— que estamos a millas por delante de él y de su partido a la hora de sugerir mejoras que construyan un sistema nacional de salud más fuerte para el futuro. Eso es lo que dicen los conservadores coherentes que gobiernan en Inglaterra.

Señoría, está usted ofreciendo un modelo que no existe excepto en un país, Estados Unidos, porque están hablando de elegir, y sobre todo de elegir entre el público y el privado. Y me va a explicar S. S. en una nueva comparecencia aquí de qué privado está hablando que no esté concertado en nuestro país. En el fondo, lo que está diciendo el Grupo Popular, señorías, es muy sencillo. Están explicando una oferta ideológica basada en el mercado. Eso significa que está basada en el beneficio, en el lucro de las empresas que tienen hospitales privados, en el beneficio de las compañías de seguros que venden pólizas de asistencia sanitaria, y en el lucro personal de los médicos que operan o que diagnostican en ese sector privado.

Nosotros, y la mayoría de los que estamos en esta Cámara, no defendemos eso ni lo defiende ya prácticamente ningún Gobierno, excepto en Estados Unidos y usted sabe que se lo están repensando muy seriamente. Le recuerdo a este propósito el viejo artículo ya de alguien tan poco sospechoso como el Presidente de la Chrysler que decía que en Estados Unidos había que construir un sistema nacional de salud. Esto lo decía el Presidente de la Chrysler, el señor Iacoca. Y lo mismo un grupo de médicos, que hace poco publicó también un documento pidiendo eso en Estados Unidos. Nadie defiende ya un modelo basado en el beneficio y en el lucro, sino que se defiende algo que esté basado en la solidaridad y en la equidad, y últimamente se habla de que esté basado también en costes razonables, pero que parta de la solidaridad y de la equidad. No voy a entrar en la referencia que ha hecho S. S. a la calidad, porque creo que están sacando las cosas de contexto y me puedo situar en el propio programa del Partido Popular. En esta sesión, sacar cifras sería una labor interminable.

Quiero agradecerle a S. S. el que haya aceptado la responsabilidad de los Colegios de Médicos en la disminución de las plazas de médicos internos puesto que en aquella época, 1984-1986, S. S. lo presidía; yo lo he recalado y usted ha pasado por encima. Parece que en eso estamos de acuerdo y no creo que debamos insistir en ello. Todos fuimos responsables, por tanto olvidémoslo. El Consejo de Especialidades está trabajando en ese sentido correctamente. En mi intervención he agradecido sus aportaciones positivas, pero dejemos el asunto.

Hablando de profesionales se ha referido a las huelgas, y ha dicho algo muy preocupante (porque coincide con lo que se ha manifestado en alguna sesión anterior de esta lista de comparecencia de Ministros), que son veladas y cautelosas sugerencias en favor de grupos sindicales que no están encuadrados en las grandes centrales, ya sean de carácter general o profesional, que se han presentado a las elecciones sindicales y que de vez en cuando surgen en los diferentes sectores. Veladamente, el Grupo Popular lo está apoyando, y tampoco es coherente con la actuación de los conservadores consecuentes del resto de

Europa. Ahí está la política inglesa, que lo que hace es reorganizar la representación sindical, intentando que vaya desapareciendo la representación fragmentada que tantos problemas ha creado a la sociedad y a la economía inglesa. El Grupo Popular no lo ha entendido, y está defendiendo a los grupos que no tienen ninguna responsabilidad, que aparecen para organizar el conflicto y desaparecen después sin que nadie se haga cargo de las consecuencias.

Ayer en esta sala se insinuó veladamente algo de eso. Pero, por si no está claro, diré que en el conflicto de los médicos rurales, el señor Aznar, Presidente de su Partido, ha recibido a un grupo sindical creado al efecto de organizar conflicto, después de que este grupo se entrevistara con el señor Ruiz Mateos. Por cierto, es una extraña estrategia parlamentaria por parte de los conservadores la de compartir responsabilidades de apoyo en una determinada huelga con el señor Ruiz Mateos. **(Rumores y protestas.)** Esta es una Cámara política, señora Villalobos. **(La señora VILLALOBOS TALERO: No aluda al día de ayer.)** Estoy refiriéndome a hechos concretos.

Señorías, en el fondo —y esto es lo que provoca la irritación del Grupo Popular— lo que sucede es que ese Partido está en contra de las centrales sindicales profesionales con las que se entiende el Ministerio, concretamente la CESM y el SASTE, porque no las controla. **(Rumores. La señora Villalobos Talero pronuncia palabras que no se perciben.)** No me interrumpa, señoría, yo no la interrumpo a usted. Alienta las operaciones de un grupo sindical, que además forma parte legalmente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Eso es así. El Grupo que está llevando esa supuesta huelga pertenece a la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Si no le gusta al Grupo Popular que la CESM y el SASTE, firme con el Ministerio, es su problema.

Respecto a los médicos titulares, sí que se les valora en el Ministerio. Es más, el Ministerio dispone de algún documento, de cartas, en los que algún representante de los que ahora alientan la huelga reconoce que desde 1987 se han resuelto más problemas de los médicos titulares que en muchos años anteriores. Obviamente se está refiriendo incluso a años en los que el PSOE no gobernaba, como es lógico. Además S. S. probablemente lo sabrá, se pueden ver los datos de cómo se ha ido dignificando la función de esos profesionales a medida que ha ido avanzando la atención primaria; eso es obvio. Su señoría a continuación dice que los centros de salud no se tienen que implantar en todos los lugares de España. Eso lo dijo el Gobierno hace mucho tiempo. Ahí están las actas del Consejo Interterritorial de 1987 advirtiendo en ese sentido que no podía forzarse la organización en aquellas zonas de montaña y en las de dispersión territorial. Y no me aduzca que es un descubrimiento actual, porque, como le digo, ya se habló de ello en la primera sesión del Consejo Interterritorial.

Señoría, dígame ahora cómo encaja el que usted me felicite porque ya no se defiende un sistema de organización homogéneo y unitario para toda España, con el hecho de que ustedes estén alentando a los que piden que

se haga así, a quienes piden la integración mañana. Ya se lo he dicho en alguna ocasión, ustedes se opusieron a la reforma de la atención primaria virulentamente durante toda la legislatura de 1982 a 1986. Sin embargo, ahora apoyan a los que piden que se produzca inmediatamente la integración de médicos titulares en centros de salud, mañana mismo, incluso en contra de los intereses de los ayuntamientos.

Los mismos que ahora están haciendo huelgas, son los que hace tres años se encerraban —casi al llegar yo al Ministerio— porque no querían integrarse. En ese sentido, la política tiene estos riesgos. Cuando se quiere apoyar todos y cada uno de los conflictos con el fin de ganar popularidad, se corre el riesgo de no ser coherente y de defender posiciones y pretensiones que tampoco lo son.

Algo parecido pasa con la dieta mediterránea. Su señoría no dice la verdad, porque habla de ella con el mismo entusiasmo con el que puede hablar el Gobierno. Hay que ser comprensivo y ver que S. S. es diputado por Jaén y tiene que quedar bien. **(Rumores.)** Es lógico, pero también hay que decir que el Gobierno español asume compromisos con las Comunidades Europeas en materia agrícola a la hora del reparto de ciertos productos en el mercado. Usted se ha referido a la mantequilla. ¿Va a sacar el Grupo Popular a España de la Comunidad Económica Europea por este tema? **(Risas.)** Puede ser que así lo desee también.

En cuanto a las urgencias, tengo que decirle al Grupo Popular que el Defensor del Pueblo les vale a ustedes para atacar, pero no les vale para defender. Es decir, es válido sobre todo cuando el Defensor del Pueblo critica al Gobierno; se ataca duramente al Gobierno basándose en lo que dice el informe de la oficina del Defensor del Pueblo. Pero cuando el Defensor del Pueblo reconoce que se ha cumplido con las recomendaciones —en la medida de lo posible, ya que algunas no están cumplidas del todo porque precisan más tiempo— no se dice nada. Yo tengo el informe que rinde anualmente el Defensor del Pueblo a esta Cámara, y en cuanto pueda ofrecérselo a S. S. se lo enviaré, dado que tiene que transcurrir un plazo de cortesía. En él podrán ver dónde se ha cumplido y dónde no. Porque hay algunos hospitales donde los nuevos edificios de urgencias no podían concluirse en un año, de manera que el Defensor del Pueblo dice que se ha hecho todo lo razonable y buenamente posible, aunque algunas cosas, repito, no se hayan podido terminar en el plazo deseado. Por tanto, no hagamos el juego utilizando una vez al Defensor del Pueblo para atacar y otras para nada.

Su señoría ha dicho una cosa que no es cierta, y lo sabe; el cierre de Cruz Roja. Está enterado de que no hay proyecto ni lo ha habido nunca, lo hemos dicho mil veces. Pero en ciertas ocasiones da dividendos el apuntarse a todo, y en este caso los da apuntarse a la confusión en torno a Cruz Roja. Es un excelente hospital y va a seguir abierto. Los profesionales que quieeran irse a Getafe lo harán voluntariamente. Repito que se ha dicho mil veces. Luego no diga S. S. algo que no se ajusta a la verdad. Además, los profesionales que trabajan allí lo saben. Otra cosa es que se apunte a movimientos que existen en el hospital, de los que también podríamos hablar.

Se ha actuado en las urgencias en atención primaria y ya lo decía el Defensor del Pueblo. Por ejemplo, a lo largo de 1989, hablando precisamente de los puntos de urgencia de atención primaria, ya dije antes que eran alrededor de setenta. Se han creado prácticamente los que teníamos previstos. En 1990 se crearán otros 70. En radiología nos hemos gastado ochocientos y pico millones de pesetas de los españoles en equipamiento. En ambulatorios, es decir, en los puntos de atención de urgencias se ha reforzado las plantillas: 32 facultativos más, 35 técnicos de radiología, 145 operadores. Hay un anexo completo, y aunque no se ha hecho todo lo que hubiéramos querido hacer —hubiéramos querido hacer más puntos y que los nuevos que se han creado funcionaran mejor, por supuesto— pero sí se ha actuado, y precisamente eso es lo que reconoce el Defensor del Pueblo.

Ahora me voy a referir a algo que no me corresponde a mí contestar en esta Cámara, pero que se ha mencionado, que es lo que ha sucedido durante los últimos días en el Hospital Gregorio Marañón. Señoría, mañana va a comparecer en la Asamblea de Madrid el Consejero señor Sabando, y él va a dar todas las explicaciones. Pero quiero decir que el señor Sabando ya se ha personado ante el Defensor del Pueblo y en el juzgado para poner en conocimiento de las autoridades judiciales, del Poder judicial, unos hechos que estima que pueden ser materia delictiva. Porque, señoría, en los acontecimientos de la noche del 22 al 23 alguien no ha actuado correctamente; alguien se ha preocupado más de hablar con la prensa que de coordinarse con los otros hospitales de Madrid. Y le tengo que decir algo que sé por una razón muy lamentable, aquella noche falleció mi padre en un hospital público, yo estuve en ese hospital en la urgencia, y a la una de la mañana no habían ningún agobio. Se pidió ayuda a las doce de la noche, se llamó al 061 para pedir que otros hospitales acudieran en ayuda del Gregorio Marañón. Luego alguien se ha preocupado de llamar antes a los medios de comunicación que de informar a sus colegas y a otros hospitales de Madrid para que le ayudaran a atender las urgencias que, en efecto, había aquel día en gran cantidad en el Gregorio Marañón. Todo ello con independencia —y esto no lo ha dicho ninguna de SS. SS., pero yo quiero recordarlo— de que el agobio que está sufriendo el sistema de urgencias de Madrid durante los últimos días, y se está diciendo en los medios de comunicación muy bien dicho —en alguno, hoy en particular, se dice con todo tipo de detalle y creo que con un enfoque muy científico—, se debe a una epidemia de gripe que, además, es benigna. Desde luego, el señor Sabando mañana explicará la cuestión de esos supuestos dos fallecidos. Es muy grave esa imputación, señoría. Ya se determinará y, el día que se determine, se tratará otra vez en esta Comisión. Porque ahí, señorías, tengo la impresión de que hay una operación política de carácter autonómico.

Al final, S. S. me ha hecho unas sugerencias y me ha pedido que las atienda, y algunas me parecen razonables. Por ejemplo, lo que dice de los conciertos, pago por procesos. En esa dirección del pago por proceso estamos yendo. Me gustaría que algún día me dijera cuántos hospita-

les privados faltan de concertar, para hablar de algo positivo, porque creo que en esto de los conciertos podemos ponernos de acuerdo fácilmente. La nueva norma de conciertos se basa precisamente en este principio de pago por proceso, y se está tratando directamente con los empresarios del sector y con las entidades sin ánimo de lucro.

Su señoría habla de elegir hospital, y ya lo hacen los enfermos españoles; ahí está el movimiento en los hospitales madrileños de enfermos que proceden de otros hospitales españoles. Es lógico, y nadie se opone a ello. Vienen a Madrid por las razones que sean, que algún día las podemos ver. En lo que no estoy de acuerdo es en ese principio de que el dinero sigue al enfermo, porque aquí estamos otra vez, señorías, en la misma discusión del cheque escolar y estamos otra vez en la operación del beneficio privado y del lucro, y en esto no vamos a coincidir.

Después, me insinúa que en los centros haya más autonomía y más control por parte de los profesionales. Señoría, ahí, hasta donde proceda. Porque lo que no vamos a aceptar es que en los hospitales, con ese principio de que gobiernen los profesionales, no gobierne nadie o gobiernen asambleas, que es lo que a veces se propicia, gobierno de asambleas.

Por último, hacía S. S. una afirmación tajante, y era: Deje trabajar a los profesionales; saque la política de los hospitales. Y yo le digo: Sáquenla ustedes también; sáquenla ustedes los primeros. Porque nosotros, durante la anterior legislatura, hemos conseguido algo, que es la buena sintonía con la mayoría de los profesionales, con los colegios —que usted dice que están periclitados—, con las sociedades científicas, con los sindicatos. Hemos conseguido una buena sintonía, y parece que a ustedes les irrita, porque da la impresión de que la derecha tiene que tener en nuestro país también, entre otras cosas, el patrimonio de llevarse bien con los profesionales, con los titulados superiores, con los titulados medios. No es un patrimonio de ustedes. Yo voy a insistir en esta sintonía, y tenga la seguridad que la voy a conseguir. Me alegro que usted me reconozca que hay una buena relación psicológica entre el Ministerio de Sanidad y los profesionales.

Pasando, a continuación, a Minoría Catalana, debo agradecer la comprensión del señor Hinojosa —como siempre—, y debo coincidir, con riesgo de que el Ministerio de Hacienda no aprecie mi actitud, en que es verdad que a mí también me gustaría tener más dinero y compartirlo con las comunidades autónomas transferidas. Y me gustaría que, poco a poco, fuéramos definiendo un sistema de financiación del Sistema nacional de salud más homogéneo, más operativo y más flexible. Creo que, a partir de este año 1990, podemos empezar a trabajar en ello. En este año 1990, por acuerdo con el Consejero de Sanidad de la Generalidad de Cataluña, creo que vamos a poder abordar el problema de la atención a enfermos de otra comunidad autónoma en una comunidad autónoma transferida y, a partir de ahí, creo que iremos avanzando en la dirección de que se eviten los retrasos, de que se vayan reduciendo.

No hice referencia a los accidentes laborales porque fue una de las partes que me salté en el discurso. Como usted

sabe, hay una ley, preparada por el Ministerio de Trabajo, que actualiza todas las normas en materia de seguridad laboral e higiene en el trabajo. Creo que tenemos que aprobar esta ley cuanto antes. En nuestro país hay una cierta estabilización en los accidentes laborales, pero todavía su número es muy alto en determinados sectores, por ejemplo, en la construcción, y en la minería, como citaba la portavoz de Izquierda Unida. En este sentido, creo que hay que ser especialmente cuidadosos, y en esa dirección nos van a encontrar todos los grupos a los miembros del Gobierno, en una actitud decidida.

Respecto a la ley de comercio interior que mencionaba, la vamos a hacer con ustedes, con las comunidades autónomas, aunque no desde mi Ministerio, porque, como sabe S. S., esto es competencia del Ministerio de Economía y Hacienda. Ahora bien, yo creo que, en el desarrollo de la Ley de Consumidores y Usuarios, vamos a poder abordar algunos aspectos de regulación del comercio interior que son muy importantes, como son las ventas en rebajas —que ya ha regulado la Comunidad Autónoma de Cataluña—, la venta por correo o la garantía de las condiciones de contratación. Creo que podremos regular algunos aspectos del mercado interior, sin necesidad de recurrir a ley y, por lo tanto, de una manera más ágil.

En cuanto a Izquierda Unida, S. S. me ha citado el desarrollo de la Ley General de Sanidad y el incremento del gasto. Ya conozco cuál es la posición de su Grupo parlamentario. Su señoría ha dicho muchas cosas y voy a ver si las puedo contestar de manera ordenada. Es verdad que la estrategia de Salud para todos estaba en la Ley General de Sanidad, en cuanto a filosofía. También hay que reconocer que allí se recogió de una manera global, porque la estrategia europea se ha definido después y, efectivamente, es una estrategia más pensada para países desarrollados, para países con un aparato asistencial ya muy potente, con unas poblaciones envejecidas, que no es el caso de la mayor parte de los países que componen la OMS. Por lo tanto, estamos hablando de algo ya bastante más acomodado —y, en este sentido, el señor Revilla tenía razón— a lo que es la realidad de los países europeos, que es muy distinta de los países del Tercer Mundo. Es verdad que todavía se desarrollan pocos programas en los centros de salud. Es más, a mí es algo que me preocupa, incluso como mentalidad, porque a veces, entre los propios profesionales, ésta se considera una tarea de carácter complementario, no es la tarea fundamental del centro de salud. Cada vez que yo voy a un centro de salud y pregunto por el seguimiento de enfermos crónicos, de patologías que pueden derivar en algunas más graves como, por ejemplo, colesterol, veo que eso se considera complementario, que no es la actividad fundamental. Creo que aquí hay que insistir, entre todos, en un cambio de mentalidad.

Estoy de acuerdo con que hay algunos desajustes en las estadísticas sanitarias, y ésta es una preocupación que comparto con su Grupo. Debido a cambios en el Instituto Nacional de Estadística, que se ha convertido en un organismo administrativo de otro carácter; debido sobre todo a la transferencia de las comunidades autónomas,

que ha supuesto una reorganización administrativa de la recogida de datos, es verdad que hay un cierto retraso en la elaboración de las estadísticas que debían servirnos de base para la elaboración de la política de futuro. No obstante, no podemos dudar de todas las cifras, hay algunas que tienen una credibilidad absoluta porque son obvias. Por ejemplo, cuando hablamos de la esperanza de vida o de la mortalidad, la mortalidad española es la que es con respecto a la población española, ahí no hay duda. Hay problemas de clasificación, lógicamente, pero los fallecidos son los que son, las edades son las que son y la esperanza de vida es la que es. En ese sentido seguimos mejorando lentamente, ya cada vez menos porque nuestro margen es menor con respecto al conjunto de países de la OCDE, pero las primeras cifras disponibles por el INEM muestran que seguimos estando bastante bien y seguiremos estándolo durante una temporada, sobre todo si estos programas de prevención, de hábitos rurales, etcétera, calan entre la población.

No estoy de acuerdo con lo que dice sobre enfermedades de la pobreza. Ese no es un término acuñado por ninguna organización internacional; no existe de hecho; es una clasificación de carácter más político, y, por ejemplo, rechazo totalmente que una enfermedad de la pobreza sea la tuberculosis. La tuberculosis se ha intrementado en nuestro país por dos razones, la razón esencial es que está muy extendida como una patología típica de drogodependientes, y ya ha crecido menos, pero significativamente, porque partíamos de cifras muy bajas entre la población que no es precisamente marginada, sino entre profesionales, entre gente sometida a profesiones «estresantes», etcétera. Por tanto, andémonos con cuidado, porque la droga tampoco es una enfermedad de la pobreza.

La lepra sí es una enfermedad de la pobreza, aunque yo creo que es más bien falta de capacidad del entorno social para comprender a ese tipo de enfermos. Estamos en veinte o treinta casos al año, que es poco, pero debería haber desaparecido y hay medios para que desaparezca. Quizá aquí lo que hay que cambiar es la mentalidad de ciertos núcleos rurales muy pequeños, donde el entorno social no ayuda al enfermo.

Ya he citado en mi intervención inicial que las zoonosis, que a veces sí son enfermedades relacionadas con el bajo nivel de vida, sobre todo cuando se convive con animales, están bajando, afortunadamente, en nuestro país, pero tienen que bajar más deprisa, y por eso las he citado en primer lugar.

Estoy de acuerdo también con lo que ha dicho sobre la siniestralidad laboral, lo acabo de mencionar hace un momento, y le quiero hacer una reflexión que ya he hecho muchas veces en esta Cámara, y es que estamos aproximadamente en un cinco por ciento de gasto con respecto al producto interior bruto ni sumamos el INSALUD con comunidades autónomas, otros Ministerios aparte del de Sanidad, ayuntamientos, etcétera. La media de la Comunidad está en torno al 5,8, pues piense S. S. que ese 0,8 de más son aproximadamente unos 400.000 ó 450.000 millones. Con esto no vamos a arreglar todos los problemas de asistencia que tenemos en nuestro país, igual que no

los han solucionado el resto de los países europeos gastándose mucho más que nosotros en comparación con el producto interior bruto, y ahí podríamos encontrar muchos ejemplos.

Me gustaría que algún día me dijera qué es lo que no se ha desarrollado de la Ley General de Sanidad, porque todo lo que se refiere a planes integrados y a criterios de coordinación lo acabamos de hacer. El proceso de desarrollo de la Ley General de Sanidad se ha complicado mucho por una razón evidente, porque hay que contar en cada una de las materias con todas las comunidades autónomas y el trabajo se ha hecho extraordinariamente complicado, pero fijese que en las normas que se han elaborado en la pasada legislatura no ha habido prácticamente discrepancias ni recursos —como estábamos acostumbrados, posteriormente— a las audiencias, al Tribunal Supremo, etcétera, porque se está regulando todo por consenso.

Por ejemplo, algo que me va a decir que no se ha regulado es la disposición adicional quinta, por la cual se van a refundir todas las normas en materia de salud, pero hace un año que está hecho, ha ido dos veces al Consejo Interterritorial, invade claramente las competencias de las comunidades autónomas y, por tanto, son ellas las que tienen que dar su aquiescencia a la actual redacción para que esa norma pueda salir. Yo creo que en la próxima sesión del Consejo avanzaremos en este proceso y nos darán esa aquiescencia, porque a todos nos interesa disponer del mismo marco integrador en cuanto a previsión de enfermedades y promoción de la salud. Pero le pongo este ejemplo como un paradigma de dificultad para desarrollar la Ley General de Sanidad. No es por falta de voluntad política, sino por dificultad de carácter legal.

Ha dicho algunas cosas en las que yo creo que S. S. está confundido, probablemente sea un defecto de expresión. Por ejemplo, hablaba de salud bucodental y decía que solamente había, en atención primaria, 16 odontólogos. Hay 483, lo que pasa es que están en ambulatorios y usted se está refiriendo a los centros de salud. Pero es que los centros de salud están pensados para tener ocho médicos generales y cuatro médicos especialistas, como norma general, porque lo que queremos es que las cosas sean cada vez más flexibles y que la adaptación de los centros de salud al medio sea cada vez mayor. Eso supone que no todos los centros de salud van a tener odontólogos, por supuesto que no. En los centros de salud grandes habrá, pero en los otros no podrá haber. Es evidente que 483 odontólogos en la atención primaria pública son pocos y tenemos que hacer que aumente ese número, pero le voy a decir una cosa que he dicho muchas veces, y lo digo tajantemente: mientras que haya atenciones más urgentes que cubrir, no podemos dar en nuestro país una atención integral reparadora en el campo odontológico, sobre todo para adultos. La podemos dar hasta 16 años y a eso vamos, pero para adultos es imposible, ningún país lo ha hecho, y ya conoce la experiencia sueca, que lo hizo y lo tuvo que retirar al cabo de dos años. El coste que puede tener es enorme, y en ese sentido tenemos cosas mucho más urgentes que cubrir. Mientras que haya tiempos de espera,

mientras que haya problemas en oftalmología, mientras que haya lugares distantes con consultorios de médicos titulares que no están en condiciones, aquí no avanzaremos más allá de los 16 años.

Ya he mencionado lo de Getafe y Cruz Roja. Yo creo que no hace falta hacer más precisiones.

En cuanto a las transferencias, creo que ustedes tienen una posición más insistente porque no gobiernan en ninguna comunidad autónoma, probablemente. La actitud del Gobierno en materia de transferencias sanitarias, he dicho en mi intervención y lo he dejado bien claro, es inequívocamente a favor, y si hay dificultades son de carácter financiero, pero las reglas del juego están establecidas, lo que hay que hacer es aceptarlas.

Referente al apoyo a los profesionales del sector público que realizan interrupciones del embarazo, ese apoyo es total.

Con respecto a la participación, hay dos medidas, una de las cuales está a punto de adoptarse y la otra necesita negociación con los profesionales. La primera es la creación, en el Consejo Interterritorial, de una ponencia para la participación de los usuarios en el sistema; se acaba de crear y estamos trabajando sobre ello. La segunda es cambiar el Real Decreto 521, de participación de los profesionales en el funcionamiento de los hospitales, que vamos a negociar con las centrales representativas. Estamos empezando ya a hacer el calendario para la Mesa del año 1990, y se va a incluir como uno de los puntos el incremento de la participación en este terreno.

Pasando al CDS, es difícil comentar todos los puntos que ha expuesto el señor Revilla. Ha sido una intervención exhaustiva, y tiene un mérito, y es que además la ha hecho en muchísimo menos tiempo que yo, un tiempo verdaderamente récord. Pero voy a intentar comentar algunas cosas. Yo creo que habrá más comparencias y en algo nos vamos a poner de acuerdo. Desde luego, nos vamos a poner de acuerdo en lo primero que ha dicho, en la constitución de una comisión de expertos independientes que estudie el futuro de la asistencia sanitaria en nuestro país. De hecho, el Ministerio ya lo ha intentado con un equipo de sociólogos que trabajan en España y en Estados Unidos y que, sinceramente, renunció por la complejidad del trabajo y porque tenían una razón absolutamente de peso, y es que esta cuestión no está todavía cerrada en los países que han empezado a trabajar sobre ella mucho antes que aquí y, por tanto, no podían dar un informe completo, sino que tenía que ir completándose con el paso del tiempo. Pero yo creo que la proposición no de ley sustenta una buena idea y la reconocemos como tal, pero tenemos tiempo de ajustarla, acomodarla y ponernos de acuerdo en la redacción final.

Hablaba de que la OMS no inspira políticas; concretamente el objetivo 38 de la estrategia europea dice expresamente que los gobiernos tienen que asumir como principio orientador de su política la estrategia de Salud para todos. Lo que no hace es inspirar medidas concretas, sino orientación global. Lo que está diciendo la Mesa es: No hagan ustedes política sanitaria, sólo las autoridades, si no cuentan con todo el mundo, con la sociedad y con to-

das las organizaciones intermedias. En eso estamos. Y dice también: no hagan ustedes sólo política asistencial, sino una concepción global de la salud, y en eso estamos. Eso es lo que dice la Mesa, que no es inspirar detalle a detalle la política de cada gobierno, sino inspirar globalmente la política de cada gobierno europeo.

Las transferencias se tienen que discutir en la Comisión mixta, aquí no podemos suplantar el trabajo de esa Comisión.

Coincido en todo lo que ha dicho con respecto al tabaco. Alguna vez S. S. me ha comentado esa anécdota y tiene toda la razón, y además alguien se ha sumado a una reflexión general sobre el uso del tabaco en esta sala. Yo no me atrevo a decir nada, porque el Presidente es el competente al respecto, pero lógicamente yo me sumo también.

En cuanto a la gripe, dice S. S. que el Ministerio no ha hecho comunicado. Lo hizo hace una semana y está en el registro del Ministerio. Lamentablemente, no ha sido reproducido en los medios de comunicación nada más que como una referencia de que el Ministerio ha hecho unas recomendaciones, lo hemos difundido hace una semana explicando, además, que era un virus benigno, que había cambiado con respecto a la cepa que recomendó la OMS. Señoría, lo siento, pero decirle que en alguna radio sí se ha recogido y, además, con bastante precisión.

Estoy de acuerdo también en lo que dice respecto a la clasificación de los tiempos de espera, es precisamente el trabajo que se está haciendo. Se inspira en la clasificación internacional de enfermedades, la novena revisión clínica (está en fase de borrador y S. S. la conoce), y tiene que ver lógicamente con que los diagnósticos se vayan acomodando a esa clasificación internacional poco a poco, cuando es fácil, porque supone cambiar en muchos casos incluso la propia cultura profesional, los propios conocimientos profesionales y los hábitos adquiridos en el diagnóstico por parte de muchos profesionales.

Estoy de acuerdo también con lo que dice S. S. sobre los conciertos en el terreno privado. Hay que negociar precios y sistema. Ya dije antes que precisamente en eso se está trabajando, porque en este Decreto que he anunciado se está laborando desde hace un año con los concertados; es decir con los representantes, no con los concertantes sólo, que es el INSALUD o las comunidades autónomas, sino con los concertados también. Por eso el trabajo es laborioso.

La clasificación de enfermos y de patologías, que supone una clasificación de hospitales, es a lo que me he referido como fondo de trabajo, como base documental, para la garantía de calidad. Acabo de mencionar la clasificación internacional de enfermedades, la novena revisión, la modificación clínica. Ese es el instrumento de trabajo y nos costará, en cualquier caso, ponerlo en marcha.

Es verdad que en evaluación de tecnología vamos atrasados. Hasta ahora no hemos tenido una oficina de evaluación de tecnología organizada como tal. Tenemos esbozos y han funcionado razonablemente a lo largo de 1988 y 1989 junto a las comunidades autónomas transferidas que se han preocupado mucho de esto. Pero una oficina

como tal no existe, igual que no existe tampoco una comisión nacional de bioética que dé criterios para casos especiales a los profesionales, para que éstos no tengan que tomar decisiones en momentos dramáticos a expensas de su propia responsabilidad. Por eso vamos a crear las dos Comisiones, la de evaluación y tecnología y la de bioética en esta legislatura.

Me alegro que el CDS esté de acuerdo con la línea política esencial de defensa de los hospitales públicos. Los hospitales públicos son de todos los españoles. Yo lo digo siempre; no son del Gobierno, no son del PSOE y, por tanto, cuando se les critica (se les critica más allá de lo razonable, incluso haciendo afirmaciones que no son ciertas) se está criticando algo que es de todos, algo que es patrimonio de todos los españoles. Se ha hecho con el esfuerzo fiscal de los españoles y con el esfuerzo de los profesionales que allí trabajan, no son del Gobierno. (Crítiquese al Gobierno en lo que se haya hecho mal en la gestión, o lo que funcione objetivamente mal, pero no se lleven las cosas más allá de lo razonable, porque entonces estamos destruyendo un patrimonio de todos los españoles.

No está confirmado todavía, aunque el centro de Majadahonda está trabajando en ello, la presencia del segundo tipo de VIH, el VIH-2. Hay sospechas y se las podré confirmar o no a S. S. próximamente. Le puedo mandar una comunicación por escrito a ese respecto. Sabe S. S. que en materia de SIDA la política del Gobierno ha sido informar con una transparencia y una contundencia total a esta Cámara, porque el asunto es muy grave y conviene que todos los ciudadanos sepan qué está ocurriendo en cada momento.

Contestando al Portavoz del Grupo Mixto, a la señora Garmendia, debo decir que esperamos que el primer borrador de plan integrado esté terminado a finales de 1990 de este año. No estoy diciendo que vayamos a empezar a aplicar el plan integrado ya en el año 1991, lo procuraremos. No hay todavía en las comunidades autónomas ni en la propia Administración central experiencia en este proceso de planificación que se hace entre todos, que es un proceso muy complejo; a veces no hay medios técnicos, porque no hay personal preparado en estas materias, pero esperamos tener el primer borrador a finales de 1990.

Preguntaba cuál era la proporción de financiación entre el Estado y la Seguridad Social. Aproximadamente, la proporción es 61 por ciento, este año, a cargo del Estado; el 27, aproximadamente, con cargo a la Seguridad Social; y el resto son aportaciones de los pacientes.

En cuanto a la autonomía hospitalaria, y cómo se va a hacer, debo constestar que modificando las normas de intervención, las normas de contratación. Es un proceso complicado porque afecta a las normas de Seguridad Social, pero también a Leyes como la Ley General Presupuestaria o la Ley General Tributaria. Hablamos de algo que yo quisiera que ya estuviera funcionando; que los hospitales participaran en los ingresos que se cobran a terceros. Para esto se exige una modificación de esas Leyes, que son de una gran importancia y que, por tanto, exigen

que esta Cámara las estudie, las medite, porque pueden tener consecuencias indeseadas en otros campos.

Hablaba S. S. de la aportación de los pacientes en el campo de la prestación farmacéutica. Señoría, la media de lo que se está haciendo en Europa; no vamos a hacer más. Además, lo hacemos, poco a poco y de forma paulatina para que nuestros pacientes no sufran ningún retroceso en la calidad de esta prestación y con la colaboración de las comunidades autónomas transferidas pues algo tienen que decir también a este respecto. En este campo, iremos poco a poco y con tranquilidad. Lo que yo he hecho, señala que a lo largo de los últimos años es explicar la situación y, algo habrá que hacer, entre todos, con participación de todos ustedes, los Grupos Parlamentarios, de las comunidades autónomas transferidas sobre todo, y con la participación de toda la sociedad. He dado unas cifras. Dudo —simplemente lo digo aquí— que gastar 14.000 millones en expectorantes sea del todo razonable, yo estoy diciendo siempre lo mismo: no hablamos de disminuir el gasto farmacéutico, sino de que deje de crecer al 20 por ciento y lo haga al 15; que dinero que queda, no se devuelva a Hacienda, sino que se emplee para mejorar la atención a ancianos, a enfermos psíquicos y a los enfermos crónicos que necesitan de prestaciones cada vez mejores.

En cuanto al Estatuto-marco, la idea es irlo negociando en bloques, porque un Estatuto-marco global va a causar muchos problemas de negociación. Se ha hablado con los Sindicatos, y la idea es empezar por la carrera profesional y seguir luego por los otros temas que yo he mencionado: la vinculación, sistema de acceso, etcétera.

Sobre derechos de los pacientes, el Ministerio de Sanidad sigue insistiendo en que se aplique aquel código que se estableció de derecho de los pacientes. Para hacerlo efectivo es por lo que queremos que trabajen más eficazmente los servicios de admisión y de atención al paciente; servicios que hemos ido creando, pero que todavía no están implantados en todos los lugares y no tienen los suficientes medios.

Me han preguntado varios Grupos parlamentarios por los acuerdos con cinco centrales sindicales: CESIF, SAS-TE, CEMS, Comisiones Obreras y UGT, sobre profesionales sanitarios en atención primaria. Los puntos que comprende ese acuerdo los conocerán SS. SS., porque han venido muy bien reflejados en la prensa: una subida para todos los profesionales que todavía no están integrados (se van a integrar pero todavía no lo están) de 28.000 pesetas en el caso de los médicos; 22.000, en el caso de los ATS, y el doble en el caso de una lista de profesionales que están en lugares especialmente aislados, lista que se define punto a punto, caso a caso. Garantía de que los trienios que cobren cuando se integren estos profesionales sean siempre los más ventajosos para ellos (el trienio más ventajoso es el del INSALUD), que puedan optar por el que sea más ventajoso, sin coste para las comunidades autónomas, con coste para el INSALUD. Se otorga una garantía de integración en tres años para todos en equipos (¡ojo!, no en centros de salud, con la diferenciación que antes hemos hecho muy sensatamente aquí; hemos coinci-

dido todos en que no es lo mismo equipo que centro de salud); en tres años todo el mundo podrá optar por integrarse voluntariamente. Eso significa que todo el mundo podrá trabajar con ese sistema de apoyo mutuo que supone el equipo, que es indudablemente más cómodo para los profesionales.

Se ha acordado que al aceptar la subida de dinero haya un compromiso de plena integración; es decir, que los profesionales acepten que se deben integrar. Se han establecido quince días libres al año para formación continuada de todos los profesionales y un fin de semana libre de cada dos. También se ha acordado que existan apoyos de puntos de guardia en zonas muy alejadas, aunque todavía no se haya producido la implantación de centros de salud. Esto se hará en puntos muy concretos: lugares montañosos, alejados, etcétera.

Espero que el día 7 se pueda firmar con las comunidades autónomas un acuerdo referente a los concursos de traslado para médicos, a celebrar antes de las vacaciones de verano de 1990, de modo que se aceleren las pruebas de acceso para interinos-ATS, profesión muy elevada en número, y también para que se vayan ajustando en un calendario preciso las retribuciones básicas al grupo-A o al grupo-B, porque no lo están en todas las comunidades autónomas.

Por último, haré una referencia brevísima a lo manifestado por el portavoz del Grupo Socialista, ya que el Presidente me advierte de la hora que es. Estoy de acuerdo en que sería bueno que hubiera un fuerte incremento presupuestario en Sanidad. Yo creo que en 1990 el presupuesto de asistencia sanitaria en su conjunto será bueno, aunque no todo lo bueno que quisieran el Ministro y todos los miembros de esta Comisión, y quizá algo menos bueno de lo que en otras circunstancias hubiéramos podido conseguir, pero va a ser un presupuesto que crecerá notablemente por encima de la media del gasto público y que nos dejará tranquilos, aunque nunca habrá suficiente dinero para atender todas las necesidades que se van creando.

Esa es la gran dificultad del trabajo que todos, ustedes y nosotros, Grupos de la oposición y Gobierno, tenemos en esta materia de asistencia sanitaria y salud en general.

Muchas gracias y perdón, señor Presidente.

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

En cuanto a fumar en la Comisión, tengo que decir que el sistema de renovación del aire es muy eficaz y la única medida oportuna sería obligar a los fumadores a que dejen de hacerlo. Como eso no puede hacerlo este Presidente, seguiremos dañándonos la salud pero haciendo uso de nuestra libertad personal.

Tiene la palabra la señora Villalobos.

La señora **VILLALOBOS TALERO**: Mi Grupo Parlamentario querría acogerse, con la benevolencia de la Presidencia, al artículo 73 del Reglamento, pues consideramos que hemos sido contradichos en las argumentaciones de nuestro Grupo por el señor Ministro.

El señor **PRESIDENTE**: La Presidencia considera que han sido contradichos y, aplicando el artículo 73.1 del Reglamento, tienen cinco minutos estrictos para responder con sus argumentaciones.

Tiene la palabra el señor Rivera.

El señor **RIVERA LOPEZ**: El señor Ministro, en su intervención última, ha hecho afirmaciones que ha puesto en mi boca y que no responden a la realidad, según demostraré en su momento el «Diario de Sesiones». Agradezco que se me dé la oportunidad de rectificar.

Se me ha acusado de defender el modelo americano; yo no lo he hecho en ningún momento. Se me ha acusado de oponerme rotundamente al Servicio Nacional de Salud; no puede constar eso porque he dicho que respetaba el Servicio Nacional de Salud Público; que lo que intentaba era hacerlo eficaz y a ese respecto iban encaminadas mis sugerencias. Se me ha acusado de apoyar al sindicato de médicos rurales cuando lo único que he hecho es explicar que no se había reunido con ellos, y que si no habla con ellos, no los convencerá y por tanto no trabajarán a gusto. Se me ha acusado de incoherencia, defendiendo unas veces y atacando otras, a los centros de salud; dudo haberlo hecho porque he estado siempre en contra de los centros de salud y a favor de que el médico permanezca en su pueblo, le guste o no.

Se me ha dado a entender que en un momento de mi gestión al frente de la Organización Médica Colegial estuve en contra del «*numerus clausus*», de limitar el ingreso en las facultades, lo cual no es cierto. He estado siempre a favor de limitar el ingreso y no limitar las posibilidades de especialización de los que ya se habían licenciado. Se ha insinuado que había una operación política que, de alguna manera —siendo yo el que había tocado el tema—, se nos atribuía, detrás del problema de las urgencias, cuando lo único que he hecho es señalar que el señor Ministro ha tenido la mala suerte de que se produzcan estos hechos luctuosos justo cuando él acababa de señalar —quizás un poco apresuradamente y sin contar con la epidemia de gripe— que se había detenido el crecimiento de las urgencias.

Por último, se me ha acusado de que unas veces me apoyo en las opiniones del Informe del Defensor del Pueblo, y otras me parece mal que le dé su aprobación. Si usted lee el «Diario de Sesiones» comprobará que el señor Gil Lázaro criticó duramente, desde el punto de vista técnico, las medidas que aconsejaba el Defensor del Pueblo, cosa que le molestó; seguimos criticándolas ahora y lo hacemos porque los hechos demuestran que no hay solución.

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

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Vargas): Seré breve porque no quiero cansar más a los miembros de la Comisión.

Señoría, hay algo que está en las cintas de la radio y en los artículos de los periódicos: la ambigüedad con respecto al Sistema Nacional de Salud por parte de su Grupo. Permanentemente están diciendo que es un modelo anticuado. No lo atacan de una manera frontal, pero in-

sinúan que todo el Sistema Nacional de Salud obedece a una concepción anticuada. Esto es lo que a mí me ha llevado a pedirles que, siguiendo el ejemplo de los conservadores ingleses, manifiesten lo que acaba de decir: que apoyan el Sistema Nacional de Salud. Me alegro que esta vez lo haya dicho. Aquí lo que se está afirmando es que el modelo del Sistema Nacional de Salud —son sus palabras— está periclitado. Algún día explicarán —ahora que dicen ya que están a favor— cuál es, pero me parece bien que ya se defienda. Como en los centros de salud, al igual que en otras cosas, el Grupo Popular va cambiando y me parece lógico y bueno para todos.

En cuanto a los médicos rurales, yo no he dicho que les apoye de manera evidente. Lo que he manifestado es algo obvio: que se les ha recibido y que, a través de sus preguntas orales, de manera indirecta, se les está apoyando. Hay algo que sí he mencionado, que este grupo de médicos rurales pertenecen a la CEMS. No sólo nos hemos reunido con la CEMS, sino que también nos hemos reunido con ellos en seis o en siete ocasiones o más. Ya no recuerdo porque son innumerables las ocasiones en las que en el Ministerio nos reunimos con todo el mundo, como es nuestra obligación. Lo que sucede es que cuando se recibe carta tras carta en la que se dice: no estoy de acuerdo con nada de lo que usted me propone, no hay forma de seguir las reuniones. Yo he aprendido en mi experiencia sindical que cuando uno está negociando siempre deja algo en lo que sí está de acuerdo para provocar la siguiente reunión. En este sector hay algunas personas que dicen que no están de acuerdo con nada y piden que se les convoque para hablar de... ¿De qué?, si dicen que no están de acuerdo con nada, y hay pruebas documentales. Nos hemos reunido con ellos muchas veces hasta que se inició la negociación en serio sobre puntos concretos. Allí se personaron todos los sindicatos y la CEMS, representando a este sindicato de médicos rurales porque pertenece a ella.

Con relación a las urgencias, señoría, yo he dicho que en 1989 creció menos el número de urgencias, en términos porcentuales, que en años anteriores, sobre todo en algunos sitios como en el norte —no en el sur, lo dije al principio de mi intervención— de Madrid. No he hablado para nada de 1990. Las cifras de 1989 ahí están y las de 1990 ya las veremos al final. El año ha empezado con una epidemia de gripe que está presionando mucho en los centros de urgencia. Su señoría ha añadido algo que es distinto sutilmente de lo que ha manifestado antes: que es un problema de mala suerte, que es un proceso no controlable por las autoridades. Lo ha dicho así ahora. Luego, reconoce que es verdad que en todo este proceso de urgencias hay elementos no controlables por las autoridades, y es cierto. Luego, sí hay puntos de acuerdo. Me alegro de que esta comparecencia termine precisamente con este clima de distensión y de acuerdo global que las últimas intervenciones han puesto de manifiesto.

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

Acabado el debate, se levanta la sesión.

**Eran las dos y cincuenta y cinco minutos de la tarde.**

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

**Depósito legal: M. 12.580 - 1961**