



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1991

IV Legislatura

Núm. 259

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 29

celebrada el miércoles, 8 de mayo de 1991

Página

ORDEN DEL DIA

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Valverde), para informar:

- | | |
|--|------|
| — Sobre proyectos y líneas de actuación que piensa desarrollar en su Departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular (número de expediente 213/000230) | 7538 |
| — Sobre política general de su Departamento. A solicitud del Gobierno (número de expediente 214/000038) | 7538 |

Preguntas:

- | | |
|---|------|
| — Del señor Vázquez Romero (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre proyectos que tiene el Ministro de Sanidad y Consumo en materia de política farmacéutica («B. O. C. G.», Serie D, número 166) (número de expediente 181/001133) | 7538 |
| — Del mismo señor Diputado, sobre proyectos que tiene el Ministro de Sanidad y Consumo en materia | |

	Página
de asistencia sanitaria hospitalaria («B. O. C. G.», Serie D, número 166) (número de expediente 181/001134)	7538
— Del mismo señor Diputado, sobre proyectos que tiene el Ministro de Sanidad y Consumo en materia de la extensión de la asistencia sanitaria primaria («B. O. C. G.», Serie D, número 166) (número de expediente 181/001135)	7538
— Del mismo señor Diputado, sobre proyectos que tiene el Ministro de Sanidad y Consumo respecto al personal, en sus distintos estamentos, del Sistema Nacional de Salud («B. O. C. G.», Serie D, número 166) (número de expediente 181/001136)	7538

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

El señor **PRESIDENTE**: Se inicia la sesión en la que tenemos dos comparecencias del Ministro de Sanidad para hablar de política general y, además, una serie de preguntas que coinciden con el tema. La Mesa considera que pueden tramitarse en un solo acto conjuntamente las dos comparecencias y las preguntas que figuran en el orden del día.

Para responder a estas comparecencias está con nosotros el Ministro de Sanidad y Consumo, al que damos la bienvenida a esta Comisión, ya que es su primera comparecencia y esperemos que se repita con frecuencia para que podamos debatir sobre los temas de su Ministerio.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Señor Presidente, señorías, buenos días a todos. En primer lugar, deseo expresarles mi satisfacción por esta oportunidad de comparecer hoy ante esta Cámara para informarles sobre las líneas de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antes de nada, quiero manifestarles un sincero deseo de colaboración plena con todos y cada uno de ustedes y mi incondicional contribución para que esta Comisión sea un foro de diálogo abierto, de búsqueda de consenso en torno a los rasgos fundamentales de la sanidad en nuestro país; un consenso determinante si queremos, como queremos, modernizar nuestra sanidad en unos momentos en los que la política sanitaria, tanto en España como en la mayoría de los países desarrollados pasa por circunstancias de oblicua renovación.

Deseo subrayar, en primer lugar, que el marco de la sociedad de bienestar en el que se sitúa la política general del Gobierno la salud es no sólo un componente esencial de la calidad de vida, sino también un bien estratégico para el país en cuanto que causa y efecto de la prosperidad. Por ello, tanto la promoción activa de la salud como la modernización de los servicios sanitarios públicos van a ser áreas de actuación preferente de nuestro Gobierno. Soy consciente de la necesidad de trabajar intensamente para que el sistema nacional de salud responda con la eficacia, el trato personalizado y la atención continuada para con los pacientes y la calidad científico-médica que la sociedad exige y necesita.

Este proceso de modernización sólo será posible con la decidida colaboración y el compromiso de aquellos que en el sector sanitario saben que la sanidad es un tema ineludiblemente prioritario de la atención gubernamental. Las directrices y los compromisos de actuación que orientarán la gestión del Ministerio de Sanidad y Consumo durante el próximo futuro se desarrollarán en los siguientes campos. Primero, política de salud, es decir, política de promoción y protección de la salud. Segundo, política de servicios sanitarios y sistema nacional de salud. Tercero, actuaciones en el campo del consumo. Cuarto, Plan Nacional sobre Drogas.

Entrando en los principios de actuación, las líneas generales que inspiran la actuación del Ministerio en esta etapa son, en primer lugar, dar prioridad al desarrollo de una política de salud pública que sea parte sustancial del conjunto de la política de la nación y, en segundo término, desarrollar el sistema nacional de salud con las siguientes características. Primero, la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con independencia del lugar de residencia, edad y circunstancias personales y sociales. Segundo, la financiación, mayoritariamente por impuestos, de los servicios sanitarios públicos asegurando así el acceso y el derecho de todos a la sanidad. Tercero, la prestación de servicios sanitarios tanto por instituciones públicas como privadas, porque es la financiación y el acceso lo que hace público el servicio y no el carácter de las instituciones que lo prestan.

Pasando a los objetivos para lograr la modernización de los servicios sanitarios, éstos serían los siguientes. Primero, el desarrollo de una cultura de servicio en la sanidad con el constante punto de referencia hacia el usuario. Para ello, son precisas reformas y cambios que adapten mucho más los servicios a las demandas y expectativas de la población, ofreciendo, siempre que sea posible (y hay que hacerlas posibles) oportunidades reales de elección de médico. La legitimación social de los servicios sanitarios será tanto mayor cuanto mayor sea el grado de libertad del ciudadano dentro del sistema. Parte importante de esta cultura de servicio será la potenciación de un trato personalizado al paciente. Somos plenamente conscientes de que éste es un deseo y una exigencia prioritaria por parte del ciudadano.

Segundo, promover entre el personal sanitario una mayor satisfacción y un mayor reconocimiento social por su

trabajo, y proporcionar mejores estímulos a sus esfuerzos para con los pacientes; promoción entendida como un sistema que posibilite el acceso a los puestos de mayor responsabilidad de aquellos que reúnan las mejores actitudes y aptitudes para el servicio que hayan de prestar.

Tercero, dotar a los servicios sanitarios de los instrumentos de gestión que impulsen y hagan posible el desarrollo de una cultura gerencial y organizativa, fomentando la iniciativa y la responsabilidad de los gestores. Para ello, será necesario crear incentivos para una utilización más eficiente de los recursos disponibles, tanto financieros como de personal. La política de personal ha de estar al servicio de la cultura de gestión. La modernización del servicio sanitario público exige una política de personal sustentada en la participación de los profesionales, en la fijación de los objetivos y recursos y en la determinación de los indicadores de eficiencia y calidad.

Pese a las graves dificultades aún no resueltas del todo, desde 1983 hasta 1991 se han producido una serie de avances muy importantes en cuanto al derecho a la protección de la salud en condiciones de equidad, garantizado en el artículo 43 de nuestra Constitución, derecho que también quedó recogido en la Ley General de Sanidad, de 1986.

Para hacer un breve resumen, las actuaciones desarrolladas en este terreno desde 1982 son las siguientes. Se han sentado las bases para la formulación de la estrategia española de «Salud para todos», la dotación de instrumentos para la confección de los planes integrados de salud, y la fijación de criterios generales en coordinación con las Comunidades Autónomas. En el campo de la salud pública se ha actuado sobre la erradicación y control de las enfermedades de origen animal y sus productos, la salud de los alimentos, la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas y el control de los productos que pueden controlarlas.

Ha sido aprobada por esta Cámara la Ley del Medicamento, cuyo desarrollo garantizará la eficacia y calidad de los fármacos y de los productos sanitarios. Apoyada en la Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios de 1984, se ha definido una política de consumo con el fin de que los ciudadanos conozcan y ejerzan sus derechos. La cobertura de la asistencia sanitaria pública, la universalización de los servicios, la mejora de las prestaciones, constituyen también logros fundamentales de la Ley General de Sanidad.

Han sido instrumentados los recursos destinados a la investigación, que se articulan en torno al Instituto de Salud Carlos III y al Fondo de Investigaciones Sanitarias.

La estructura asistencial del sistema sanitario, tanto en recursos materiales como humanos, se ha puesto a disposición de la formación superior, pregraduada y posgraduada, y de la formación continuada de los profesionales sanitarios. Se ha triplicado el número de plazas para la formación especializada, adecuándose la oferta a las necesidades del sistema. Se han transferido los servicios sanitarios dependientes del Instituto Nacional de la Salud de las Comunidades de Andalucía, en 1984; el País Vasco y Comunidad Valenciana, en 1988; Navarra y Galicia, en 1991, que se sumaban así a Cataluña, transferida en 1981. Como con-

secuencia de estas transferencias, la administración sanitaria central gestiona el 44,3 por ciento del gasto sanitario del Insalud.

Ha sido constituido el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano consultivo para la armonización de las políticas sanitarias de la Administración del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas.

Finalmente, la coordinación del Plan Nacional sobre Drogas, creado en 1985, enmarca el conjunto de actuaciones de las Administraciones públicas, y el Plan incluye áreas de prevención, asistencia y reinserción social, coordinación institucional, investigación e información. Todas estas actuaciones y logros suponen una excelente base y punto de partida para la etapa actual.

Pasando a la política de salud pública, voy a decir unas palabras sobre la situación de la salud. La salud de los españoles, medida por los indicadores normalmente utilizados, esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil, y valorando sus limitaciones, puede ser comparada satisfactoriamente con la situación de países con nivel de desarrollo similar o incluso superior al nuestro.

La esperanza de vida al nacer experimentó en España un aumento de 6,6 años entre 1960 y 1985, y se halla entre una de las primeras de Europa. La mortalidad infantil ha sufrido también un acentuado descenso, de 18,9 niños por cada mil nacidos en 1975, a 8,92 en 1985. Sin embargo, aunque estas cifras de nuestra realidad son similares a las de países europeos más ricos, quedan todavía lejos de las de países como Japón, 5,2, o Suecia, 5,9, y persisten todavía importantes desigualdades entre grupos sociales.

En España las causas más importantes de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y los tumores, que juntos representan más de dos tercios de todas las muertes. Es importante señalar que esta mortalidad y toda la secuela de enfermedades y sufrimientos que la acompañan en gran parte es evitable y aque existen los conocimientos aportados por la epidemiología moderna que permiten una estrategia eficaz de prevención. Así, al hábito de fumar se le atribuyen unas 30.000 muertes anuales, y el 30 por ciento de los tumores malignos se relacionan etiológicamente con el tabaco. De hecho, ésta es la mayor causa aislada conocida de mortalidad en España. Su eliminación tendría por sí sola mayor efecto positivo que cualquier otra medida de salud pública. Máximas autoridades mundiales en epidemiología del cáncer han estimado que la reducción del consumo de tabaco y alcohol unido a modificaciones de la dieta, podrían contribuir a una reducción drástica de la mortalidad por cáncer a la que estos factores contribuyen etiológicamente en más del 60 por ciento.

Por su parte, los accidentes, especialmente los de tráfico y laborales, constituyen la primera causa de muerte durante las primeras décadas de la vida, ocasionan una importante secuela de incapacidades y su atención requiere la ocupación continuada del 9 por ciento de las camas hospitalarias. Un tercio de los accidentes de tráfico se relaciona con intoxicación etílica, y de hecho esta circunstancia está presente en el 40 por ciento de los accidentes mortales de tráfico.

A pesar de que las enfermedades crónicas ocupan el primer lugar en la mortalidad y morbilidad de nuestro país como corresponde a nuestro nivel de desarrollo, hay que señalar que todavía persiste una alta incidencia y prevalencia de algunas enfermedades infecciosas asociadas a situaciones de marginación y pobreza, tuberculosis respiratoria; derivadas de una infraestructura de saneamiento deficiente, fiebre tifoidea, disentería bacilar y hepatitis A; o propias de prácticas higiénicas deficientes como toxi-infecciones alimentarias. Además, zoonosis como la brucelosis o fiebre de Malta y la hidatidosis tienen especial incidencia también en nuestro país. Junto a esta patología antigua existen nuevos desafíos y riesgos para la salud a los que es preciso hacer frente. El Sida, el consumo de drogas ilegales (muy ligado al Sida al menos en nuestro país), los nuevos riesgos derivados de la contaminación, de los aditivos y, en general, del desarrollo industrial-económico de la sociedad.

Por otro lado, es importante señalar que la salud y la enfermedad también están desigualmente distribuidas en nuestro país, de modo que los grupos menos favorecidos tienen una mayor mortalidad y sufren una mayor carga de enfermedades e invalideces. Esta distribución desigual e injusta de la salud está ampliamente documentada. Es bien sabido que la pobreza en todas sus formas y manifestaciones es la mayor causa de enfermedad. Por ello, la reducción de las desigualdades en salud constituye uno de los objetivos más importantes para mejorar el estado de salud del conjunto de la población. De hecho, lograr una mayor equidad en el acceso a la salud es el objetivo principal de las políticas sanitarias en numerosos países, algunos de los cuales, como Suecia u Holanda, han constituido unidades especiales para la acción y el seguimiento de la equidad en relación con la salud.

Las principales causas de muerte y enfermedad son prevenibles más que curables. Existe el conocimiento científico para hacerlo y la experiencia de países que han elaborado políticas de salud con esta orientación es alentadora. Igualmente, junto a las enfermedades del desarrollo, coexisten enfermedades infecciosas cuya erradicación es inexcusable y a las cuales se añaden continuamente nuevos riesgos y desafíos para la salud.

Todo ello hace imprescindible dar prioridad política a la salud pública en España. Paso a referirme a los servicios sanitarios públicos. He de manifestar que éstos poseen, y hay que reconocerlo, un nivel destacable y los logros de la sanidad en nuestro país son evidentes. Entre ellos cabe destacar la cobertura prácticamente universal de la población española y la moderna red hospitalaria de notable calidad científico-médica gracias en parte al sistema de médicos internos residentes. El sistema MIR de formación de especialistas ha mostrado su eficacia para aumentar la calidad científica de la medicina española mediante la formación programada de los médicos y otros titulados superiores como los farmacéuticos, físicos, químicos y biólogos, que adquieren experiencia desarrollando una actividad tutelada con asunción progresiva de responsabilidades.

El sistema de formación MIR tiene, pues, una importancia estratégica para la mejora de la eficacia y de la calidad del sistema nacional de salud. Todos valoramos la seguri-

dad que para atender las situaciones de urgencia o los casos graves nos proporcionan los hospitales españoles. Los servicios de atención primaria, por su parte, han experimentado durante los últimos años un cambio importante que afecta a más de la mitad de la población española. Su trascendencia va más allá de las cifras de población atendida por este nuevo sistema de médicos de familia con dedicación a tiempo completo, que trabajan en los equipos de atención primaria dentro de los nuevos centros de salud.

Además del importante porcentaje total del producto interior bruto dedicado a sanidad, ésta genera un nivel de empleo superior a 415.000 personas, alrededor del 3,5 por ciento de la población ocupada. Por otro lado, la industria relacionada con los servicios sanitarios también genera riqueza, desarrollo tecnológico y puestos de trabajo. Esta industria, al igual que sucede en otros sectores, deberá ser objeto de atención e impulso al servicio de la salud.

Si nuestro dispositivo sanitario es excelente en cuanto a cualificación profesional, nos encontramos con ciertos desajustes en la planificación de los recursos humanos, y no tendremos más remedio que afinar dichos mecanismos de planificación de modo que la oferta y la demanda de profesionales se aproximen cualitativa y cuantitativamente. La conveniencia de esta adecuación es, además, una necesidad de cara al Mercado Unico.

También nuestra red hospitalaria resiste en general cualquier comparación con las de los países más avanzados. El tratamiento de los procesos más complejos, de los casos graves, encuentra en las urgencias soluciones en general plenamente satisfactorias con una eficacia fuera de toda duda, pero nuevamente, y justo como tributo a su propia eficacia, se producen graves distorsiones que acaban desvirtuando y deteriorando la propia bondad del sistema. Por ello, es necesario racionalizar el actual uso excesivo que se produce en los servicios de urgencia, consecuencia del viejo modelo, todavía persistente en alguna medida, de los ambulatorios. Hay que acelerar, por tanto, el proceso de transformación de los servicios de atención primaria, piezas clave para la realización de una política de prevención de la salud. Los centros de salud deben actuar como hilo conductor para el paciente en todas y cada una de las fases del proceso patológico.

Precisamente para responder a estos retos de eficiencia y calidad, y en ejecución del acuerdo adoptado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 13 de febrero de 1990, el Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud creó la Comisión de expertos para el análisis y la evaluación del Sistema Nacional de Salud, con los objetivos de analizar su estructura, organización y funcionamiento en relación con la calidad, la equidad y la eficiencia, y de proponer mejoras. En septiembre de 1990, la Comisión de expertos inició sus trabajos, el informe final será presentado probablemente en junio de este año, y espero que sus conclusiones contribuirán a definir una etapa de la política sanitaria en la que haya un consenso suficiente sobre lo esencial para lograr una buena gestión y un buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Este objetivo quizá exija afrontar una organización distinta de nuestros servicios sanitarios; las reformas que ello implica, a las que me

referiré más adelante, han de contar siempre con la más amplia base de apoyo social.

Pasando a continuación a los programas de salud pública, la política de salud pública y los temas de promoción y protección, he de manifestar que hasta aquí hemos visto que los grandes problemas de salud de nuestro país ya no son como en el pasado las enfermedades infecciosas, sino que hoy son los tumores, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes. Estas patologías exigen imperiosamente una política de prevención que cuenta hoy con sólidas bases científicas y, sin embargo, la lucha contra estas plagas modernas, a las que nuestra sociedad no debe resignarse, no es tan sencilla como lo fue en su día la erradicación de las enfermedades infecciosas. Su causalidad es más compleja, no puede ser tarea exclusiva del sector sanitario, y reclama una estrategia más amplia.

En efecto, es comúnmente aceptado en el mundo científico que la salud, tanto individual como colectiva, viene determinada más que por los servicios sanitarios disponibles, por la influencia de los hábitos o estilos de vida que más o menos libremente adoptamos: ejercicio físico, alcoholismo, tabaco. En segundo lugar, por las condiciones ambientales, tanto físicas, como socioeconómicas; y, en tercer lugar, por factores genéticos.

De esta formulación de los determinantes de la salud surge también una estrategia necesariamente multisectorial y no exclusivamente sanitaria, que tiene como objetivo central la lucha contra las desigualdades sanitarias. Esta estrategia es también preconizada por la Organización Mundial de la Salud en su programa de «Salud para todos».

El Ministerio de Sanidad y Consumo está en estos momentos ultimando un documento estratégico de política de salud que podría ser presentado ante esta Comisión en los próximos meses. Se trata de elaborar una política en la que la promoción y protección de la salud, la educación sanitaria y la mejora de los servicios sanitarios adquieran el protagonismo que les corresponde en las prioridades sociales. Para ello es preciso, tanto el esfuerzo del Ministerio de Sanidad y Consumo, como el de todas las administraciones sanitarias españolas, integrando también a todos aquellos sectores cuya contribución sea precisa. Esta es la razón por la que esta estrategia de salud es una política multisectorial.

Este primer documento estratégico al que me he referido de política de salud será posteriormente desarrollado para dar lugar a la elaboración de objetivos concretos, cuantificados y referidos a fechas específicas. La formulación de este tipo de objetivos permite, no sólo establecer prioridades explícitas, sino también facilitar las respuestas organizativas y constituye por sí mismo un valioso estímulo para alcanzar mejores niveles de vida.

Resulta evidente que una estrategia de este tipo pasa fundamentalmente por lograr una dinámica social y política en la que la salud sea prioritaria, y por impulsar un proceso de concienciación ciudadana y de coordinación y consenso con las Comunidades Autónomas que tienen transferencias en este campo. El papel central de la salud pública es identificar y actuar sobre las causas de las enfermedades. Los programas de salud pública comprenden las

tradicionales funciones de protección de la salud a través de la vigilancia y el control de la salubridad del medio ambiente, la higiene alimentaria, vigilancia de enfermedades infecciosas, estudios de epidemias, etcétera. El papel de la salud pública adquiere en la actualidad un mayor relieve porque a los riesgos ya conocidos se suman nuevos problemas no previstos: sida, residuos hormonales, pesticidas en los alimentos, etcétera. La revitalización de la salud pública y la potenciación de su papel tradicional para garantizar la protección de la salud implica acentuar el papel regulador y normativo del Ministerio de Sanidad y Consumo en estas materias e incrementar su capacidad científica, especialmente en epidemiología. En algunos casos, esta prioridad dará lugar a nuevos programas y enfoques, pero, como es lógico, la mayoría de las veces el impulso renovado que durante la próxima etapa tendrá la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dará continuidad a esfuerzos que ya están en marcha.

En ocasiones, se trata de programas horizontales que incluyen actividades de otros Ministerios (educación para la salud, ciudades saludables), en otros son programas específicos para una patología o un tipo de riesgo sanitario. Entre ellos cabe citar los siguientes: el programa de prevención y control de enfermedades cardiovasculares, dirigido al conocimiento y a la reducción de los principales factores de riesgo (tabaco, hipertensión, obesidad, colesterol); el Plan nacional para la prevención y control del cáncer, que incluye la difusión del decálogo europeo contra el cáncer; la Comisión Nacional del Cáncer; subvenciones a diversos programas regionales de lucha contra los tumores, etcétera; el programa para la erradicación de zoonosis; el programa para la lucha contra el alcoholismo y el hábito del trabajo que incluye diversas actuaciones, tanto normativas, como de educación para la salud y el Plan de atención materno infantil. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó, en 1990, un documento sobre criterios básicos de salud materno-infantil que servirá de guía para el desarrollo de las Comunidades Autónomas en programas integrados de salud en esta materia. En este sentido, se están realizando proyectos pilotos en tres áreas de salud de las Comunidades Autónomas de Cataluña, Valencia y Andalucía y está previsto su inicio para el presente año en tres Comunidades Autónomas. Por otra parte, se están priorizando los siguientes programas: programa de orientación familiar, que coordinará las actuaciones del Insalud y las Comunidades Autónomas, los ayuntamientos y el Instituto de la Mujer, y estará dirigido fundamentalmente a adolescentes; el programa de diagnóstico prenatal, cuyo objetivo es dotar adecuadamente de recursos humanos y materiales a los servicios actuales; y el programa del diagnóstico neonatal precoz, que proporcionará los medios para que los últimos avances científicos en este campo tengan su inmediata traducción en la asistencia sanitaria.

La educación para la salud juega un papel de primer orden en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud. Estudios epidemiológicos estiman que más del 50 por ciento de la mortalidad prematura se debe a hábitos no saludables. Es difícil imaginar una política activa y dinámica de la promoción de la salud sin colocar a la edu-

cación en el centro de la estrategia de política de salud del Departamento. Soy consciente de que una buena estrategia de educación sanitaria debe evitar estigmatizar y culpabilizar las víctimas de estilo de vida insanos, por el contrario debe ser capaz de inducir a la adquisición de hábitos saludables. La introducción de la educación para la salud en el sistema educativo, fruto de un convenio firmado por los Departamentos de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, es una vía fundamental para ello. El convenio recoge la formación del profesorado, la colaboración de enseñantes y sanitarios, y la puesta en marcha de proyectos en los centros escolares que contemplan los problemas de salud en la zona y los abordan desde el trabajo educativo. En estos momentos ya funcionan 18 proyectos. Gracias a ellos ha sido posible llegar a una intervención eficaz a zonas de población con grandes problemas de marginación. Existe en ambos Departamentos de Educación y Sanidad la voluntad de generalizar, en un plazo razonable de tiempo, proyectos de este tipo a todos los centros escolares.

La higiene de los alimentos es uno de los programas clave de la salud pública. En este área está en elaboración un plan nacional de salud y calidad alimentaria como medio para la coordinación y colaboración entre las Administraciones públicas. Su finalidad es incrementar las garantías sanitarias de los consumidores, mejorar su confianza en el sistema de control higiénico-sanitario, y fomentar la calidad de los sectores industriales y comerciales de la alimentación. El plan, cuya ejecución se propondrá a todas las Comunidades Autónomas y a las Administraciones locales con competencias en la materia, pretende actuar en las áreas de nutrición, investigación de residuos y contaminantes en los alimentos, prevención y control de la salmonelosis, y en la reforma de la estructura y funcionamiento de la red de alerta alimentaria.

El programa de ciudades saludables, por su parte, responde a una iniciativa de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa para difundir y promover la idea de un entorno más saludable en las ciudades. Existe ya constituida una red europea de ciudades saludables de las que forman parte 24 municipios españoles. El impulso al programa sólo es posible en coordinación con los ayuntamientos y la Federación Española de Municipios y Provincias. Estamos convencidos de que este programa es un eficaz instrumento para llevar al hábitat más cercano al ciudadano mejores condiciones de salubridad e implantar la cultura de la salud en la sociedad.

La sanidad exterior es, a su vez, otro de los elementos importantes en la protección de la salud alimentaria. Además, la constitución del mercado interior europeo va a traer consigo importantes cambios en las condiciones en que ha de producirse este control. Ante todo, porque la desaparición de las fronteras intracomunitarias no significa que desaparezcan paralelamente los controles sobre los productos destinados a/o procedentes de otros países europeos. Por el contrario, estos controles han de ejercerse con el mismo rigor que se aplica a los productos nacionales, si bien el momento de realización se traslada, salvo casos excepcionales, de la frontera al punto de origen o destino.

Por otro lado y ante los productos importados de terce-

ros países, la frontera española se convierte en frontera comunitaria y nuestro país pasa a ser responsable ante sus socios comunitarios de la idoneidad de los productos que ingresan en el mercado europeo a través de nuestro territorio, ante todo porque la desaparición de las fronteras intracomunitarias no significa que desaparezcan paralelamente los controles sobre los productos destinados o procedentes de otros países. Por otra parte y ante los productos importados de terceros países, la frontera española se convierte en frontera comunitaria.

Por último, dentro de este apartado dedicado a la salud pública no quiero dejar de referirme a la mejora del sistema de información y análisis epidemiológico, que es condición imprescindible para cualquier política de salud y al énfasis que debe tener la investigación y la formación de expertos en salud pública y en sus disciplinas básicas. En este sentido, el Instituto Carlos III constituye un valioso instrumento de política sanitaria.

Pasando al Sistema Nacional de Salud, la Ley General de Salud, de 25 de abril de 1986, creó un sistema sanitario público que denomina Sistema Nacional de Salud. El Sistema Nacional de Salud se define como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. El Sistema Nacional de Salud basa su funcionamiento en el siguiente esquema: derecho a la asistencia sanitaria pública para toda la población y uso del servicio basado en criterios de necesidad con gestión descentralizada en las Comunidades Autónomas. La consideración del acceso a la asistencia sanitaria pública como un bien de protección social implica su financiación pública en contraste con los sistemas de financiación privada total o parcial. Este fue, sin duda, el gran logro de la I Legislatura socialista en materia sanitaria.

Desde la II Legislatura hasta la presente se han dado importantes pasos en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, entre ellos se deben mencionar los siguientes: la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública, que en la actualidad alcanza el 99 por ciento de la población; la modificación por la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989 de la financiación, mayoritariamente por ingresos del Estado, del Sistema Nacional de Salud; la culminación, con la excepción de Canarias, del proceso de transferencias del Insalud a las Comunidades Autónomas con competencias estatutarias para asumir su gestión; y un aumento importante de los recursos destinados a la sanidad a través de los presupuestos del Insalud, lo que se ha traducido en un notable crecimiento del gasto por persona protegida.

Estos importantes logros que han sido alcanzados hacen irreversible la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es preciso hacer una reflexión sobre los principales retos que se inician. Una manifestación de este hecho es, como antes mencionaba, la creación, a partir de una iniciativa parlamentaria, de la Comisión de expertos para el análisis y reforma del Sistema Nacional de Salud.

Estos grandes retos a los que me refiero, y que actualmente afectan al Sistema Nacional de Salud, pueden agruparse esquemáticamente en cuatro grandes áreas. Prime-

ro, de coordinación del Sistema Nacional de Salud. Segundo, de gestión de los servicios sanitarios. Tercero, de relación del Sistema Nacional de Salud con el sector privado. Y, cuarto, de decrecimiento de la demanda y definición de las prestaciones.

Pasemos al primero de ellos, de coordinación del Sistema Nacional de Salud. El Insalud ha sido transferido a las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia y Navarra; con la mencionada excepción de Canarias, todas aquellas Comunidades Autónomas que tenían competencia estatutaria para asumir la gestión del Insalud.

No obstante, se debe mencionar que las transferencias a las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto algunas disfunciones que pueden llegar a comprometer la eficiencia y la equidad del Sistema Nacional de Salud. Entre estos aspectos se deben mencionar los que afectan al sistema de coordinación y al mecanismo de financiación. Este proceso de transferencia se ha acompañado de la puesta en práctica del sistema de coordinación diseñado por el Capítulo IV, del Título II de la Ley General de Sanidad y, en especial, por el Plan integrado de salud. Como SS. SS. saben el Real Decreto número 938, de 1989, estableció el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud, y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión del 17 de diciembre de 1990, aprobó un conjunto mínimo de objetivos y de indicadores. La elaboración del Plan integrado de salud está en la actualidad sometido a un proceso de ajuste para, a partir de la experiencia, redefinir los objetivos indicadores, de tal forma que puedan ser instrumentos de actuación por parte de todas las Comunidades Autónomas.

El actual sistema de financiación y distribución de recursos tiene algunos problemas los cuales han motivado, por parte de algunas Comunidades Autónomas, que se suscite la conveniencia de estudiar los principales aspectos que afectan al actual sistema de financiación y sus posibles soluciones. En todo caso, el sistema deberá atender, entre otros, a los siguientes criterios: aumento de la responsabilización de las Comunidades Autónomas sobre la gestión financiera de sus recursos, establecimiento de incentivos a la eficiencia de los servicios de salud, y garantías de un equilibrio interterritorial.

Pasemos a las medidas para la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. El Sistema Nacional de Salud se enfrentará durante los próximos años a dos procesos simultáneos. Por una parte, deberá atender a la consolidación definitiva del modelo sanitario establecido en la Ley General de Sanidad y, por otra, se enfrentará al reto de mejorar la eficacia y la eficiencia de su funcionamiento.

La necesidad de introducir reformas en los sistemas sanitarios públicos para lograr de ellos mayores niveles de eficacia y eficiencia es compartida por la práctica totalidad de los países occidentales desarrollados, con independencia del modelo sanitario público o de la mayor o menor intervención del Estado en el mercado sanitario.

El afán por la eficiencia y la necesidad de introducir o preservar mecanismos de competencia aun en mercados intervenidos van a inspirar el debate sobre las futuras re-

formas del Sistema Nacional de Salud. Uno de los aspectos que probablemente definan mejor la etapa que se inicia es la quiebra con la actual cultura y organización de carácter administrativo de los servicios sanitarios públicos. En la actualidad, no existe una separación nítida entre los servicios sanitarios públicos y las Administraciones públicas de quienes dependen confundiendo, tanto en su imagen ante la opinión pública, como en la gestión ordinaria de los asuntos. Esta situación, que en líneas generales se ha mantenido en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, atrae para los servicios sanitarios las formas de organización y funcionamiento de la Administración pública las cuales no siempre se adaptan bien a las necesidades de gestión.

Mejorar y flexibilizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud como servicio público será una directriz para el Ministerio de Sanidad y Consumo en la etapa que se inicia. Esta directriz se fundamentará sobre dos grandes ejes de actuación. En primer lugar, orientar los servicios hacia el usuario. En segundo lugar, dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresarial.

En todos los sectores, en cualquier actividad y en la mayoría de las actividades profesionales, solemos cometer un error generalizado: proponemos y pretendemos imponer nuestro criterio como el mejor, como el más adecuado, como el único posible, y olvidamos o suplantamos con frecuencia la capacidad de elección, la libertad en suma, del propio ciudadano. La necesidad de orientar los servicios sanitarios hacia el usuario debe ser cuidadosa y generosamente administrada; debe ser permeable y simultáneamente compartida con una toma de decisiones flexible pero libre, y probablemente no hay mejor ni mayor libertad para el individuo que la de poder elegir su propio médico. Esta libertad de elección no debe tener mayor limitación que la de una información objetiva, precisa y cuidadosa. En consecuencia, nos proponemos dar todos y cada uno de los pasos necesarios para conseguir la mayor libertad posible en la elección de médico por parte del usuario.

Aunque soy consciente de las múltiples dificultades que ello comporta, también estoy profundamente convencido de que es tan necesario como posible. Será preciso que vayamos poco a poco, pero no despacio. Habrá, insisto, dificultades más allá de las burocrático-internas, como la necesidad de alguna clase de control de calidad que evite la aparición de mecanismos de clientelismo. La receta, difícil pero obligada, es disminuir el déficit de información que existe, tanto para los familiares, como para el propio usuario sobre el proceso y los posibles diagnósticos o tratamientos alternativos.

En último extremo, nuestra misión consiste en dar al ciudadano el servicio que objetivamente necesita —y para eso está el incuestionable criterio profesional— y el servicio o la atención que él decide que necesita, es decir, la alternativa que prefiere. Este proceso de orientación no puede ser en consecuencia y, de ningún modo, unilateral. Tan necesario es dar la información precisa como recibir la opinión y el juicio del usuario. Al fin y al cabo, no podemos perder nuestro obligado punto de referencia. Las preferencias, las demandas, las exigencias del ciudadano, del consumidor,

son la brújula que debe conducir, o al menos modular, los comportamientos y las tomas de decisión de un departamento de sanidad para toda la población.

Por todo ello, estamos diseñando una batería de dispositivos de análisis para detectar las exigencias, preferencias y valoraciones del sistema, de acuerdo con la precepción de los ciudadanos. Tratamos, en definitiva, de determinar y ofrecer unos sistemas de medición que, a modo de testigos de evaluación continua, sean capaces de registrar las diferentes pautas que integren la concepción global de calidad, siempre desde la concepción del usuario para, de esta forma, poder en su caso adoptar las medidas correctoras precisas. Estas deberán, al tiempo, revertir al ciudadano para su información y contraste, para que esté en condiciones de formular su propio seguimiento sobre el comportamiento del sistema sanitario desde su óptica vital más próxima. Dicho de otro modo, vamos a comprobar si el grado de eficacia real, hospital por hospital o centro de salud por centro de salud, se corresponde y en qué medida con el grado de calidad que de esos centros percibe el usuario.

Dentro de la estrategia de orientar los servicios hacia el usuario, no quiero dejar de hacer mención a los tiempos de demora en la atención a los pacientes. El retraso en la asistencia es uno de los motivos más frecuentes e importantes de queja. Como SS. SS. saben, las listas de espera no son más que un agregado de pacientes citados para un determinado servicio y la heterogeneidad de este dato es un mal instrumento de gestión. Por ello, es más correcto hablar de tiempos de demora. Estos son más largos de lo que sería conveniente como consecuencia de un desajuste de oferta frente a la demanda. Los tiempos de demora reflejan también un problema de gestión.

Por último, un aspecto sobre el que es preciso insistir es la formación del personal sanitario dirigida a la mejora y al trato al paciente. El problema del trato adecuado no es solamente un problema de formación, sino de cultura de la organización la cual, al orientar sus servicios hacia el paciente, debe incorporar como indicadores de gestión los relativos al trato, información y tiempo de demora, incentivando a los servicios que mejor se adaptan a las necesidades de los usuarios.

Sin embargo, para incentivar se precisa de una cierta flexibilidad y esto me lleva a abordar la segunda directriz estratégica en la conformación del Sistema Nacional de Salud como servicio público, es decir, a dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresarial.

La ideología que soporta al funcionamiento de la Administración pública es, en general, la del control de la legalidad, y ésta es sin duda una fórmula pertinente para las actuaciones de carácter administrativo, pero no necesariamente para una organización que presta servicios personales y que debe guiarse por el logro de resultados.

La necesidad de diferenciar nítidamente las competencias y funciones de la Administración pública en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios públicos nos lleva a revisar su estructura jurídico-administrativa; incluida la del Insalud, para adaptarla mejor a las funciones que tiene encomendadas. En ocasiones, se ha propiciado el debate sobre este tema planteando diversas fór-

mulas organizativas, sin embargo, creo que SS. SS. coincidirán conmigo en que la pregunta que se debe responder es cuáles son las características de organización y funcionamiento que pueden posibilitar un mejor servicio a los ciudadanos. Les propongo las siguientes respuestas a tal pregunta: Primero, descentralización del mecanismo de toma de decisiones propiciando las mayores cotas de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias. Esto implica asignar a los gestores periféricos unos objetivos y recursos claramente definidos, y establecer un sistema de indicadores de resultados en términos de eficiencia y de calidad. Segundo, dotar de una mayor flexibilidad a los servicios sanitarios públicos para que se adapten mejor a las necesidades de los usuarios. Tercero, agilizar el funcionamiento de los servicios, eliminando las cargas burocráticas innecesarias. Cuarto, incentivar la eficiencia y la calidad en todos los niveles de la organización de servicios sanitarios, y esto supone también la elaboración de una estrategia para incorporar criterios de eficiencia económica en las decisiones clínicas.

Los criterios de descentralización, autonomía de gestión, flexibilidad, agilidad e incentivos al rendimiento y a la calidad, que espero compartan SS. SS., son complementarios a los objetivos de equidad y solidaridad que informan al Sistema Nacional de Salud, al hacer más eficiente el servicio público.

La estructura jurídico-administrativa, así como la organización y los sistemas de información, gestión presupuestaria, etcétera, deberán dotar al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos de las características mencionadas.

La suficiencia financiera es una condición necesaria para alcanzar los objetivos mencionados. Como SS. SS. conocen, una de las consecuencias de la diferencia cada vez mayor entre presupuesto inicial y obligaciones contraídas por el Insalud al finalizar el ejercicio, es la progresiva desvinculación entre presupuesto y gasto. Esta separación entre presupuesto y gestión dificulta en la práctica la realización de una estrategia de gestión empresarial aplicada a los servicios sanitarios públicos.

La modernización del servicio sanitario público exige también una determinada política de personal. Por una parte, se debe implicar a los profesionales en la fijación de objetivos y recursos, así como en la determinación de los indicadores de eficiencia y de calidad y, por otra, la carrera profesional no se debe entender sino como la promoción de los mejores.

Orientar los servicios hacia el usuario e introducir medidas de gestión empresarial en los sistemas sanitarios públicos tiene una aplicación general para todos los servicios del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, quiero referirme a una de las piezas claves de la reforma sanitaria iniciada desde la I Legislatura: la mejora de la atención primaria.

La puesta en funcionamiento de los equipos de atención primaria se ha acompañado de importantes mejoras de calidad de la asistencia, aumento del tiempo dedicado al paciente por consulta, fundamentalmente, y de la satisfacción de los ciudadanos. El nuevo modelo de atención primaria

integra los dos grandes grupos de actividades a los que he dedicado atención preferente en esta primera comparecencia ante SS. SS.: las actividades de salud pública, es decir, de promoción y de prevención, y la prestación de servicios sanitarios.

La integración de los servicios preventivos y curativos es uno de los aspectos más importantes de la mejora de la atención primaria, superando la tradicional división entre estos dos tipos de actividades, que deben estar unidas si se desea tener una comprensión global a nivel local sobre la salud de los individuos y su entorno familiar, social y medioambiental.

El esfuerzo realizado en la extensión del nuevo modelo de atención primaria, será completado en la siguiente fase en la que se alcanzará la cobertura de toda la población.

Pasando al aspecto que antes anticipaba de relación con el sector sanitario privado, la Ley General de Sanidad establece, en sus artículos 90 y 91, la utilización del sistema sanitario privado por el Sistema Nacional de Salud y sobre este enunciado se ha progresado de forma importante durante la pasada Legislatura con el establecimiento de un amplio marco de relaciones con el sector privado. Dentro de la estrategia de mejora de la eficacia del Sistema Nacional de Salud, es preciso avanzar más todavía en el establecimiento de un sistema de conciertos con el sector privado que, bajo criterios de transparencia, garantía de calidad y perspectivas de futuro, posibilite la optimización de los recursos disponibles.

El mecanismo de facturación basado en el pago por proceso responde a los criterios de incentivo, a la eficiencia y garantía de calidad, por lo que puede ser una filosofía a incorporar progresivamente en el sistema de conciertos con el sector privado. El convenio singular que recientemente se ha firmado con la Fundación Jiménez Díaz, contempla ya la introducción de este sistema de facturación.

Dentro del análisis de las relaciones del sistema nacional de salud con el sector privado, no quiero dejar de referirme al dispositivo sanitario vinculado a la medicina laboral, es decir, a las empresas colaboradoras y a las mutuas patronales de accidentes de trabajo.

Las mutuas patronales, algunos de cuyos aspectos normativos han sido reformados por la Ley de Presupuestos de 1991, colaboran en la gestión de las prestaciones, económicas y sanitarias, derivadas de los accidentes laborales y enfermedades profesionales y, a diferencia de los servicios y prestaciones del sistema nacional de salud, que tienen un carácter universal, las contingencias cubiertas por estas entidades se derivan exclusivamente de la relación de trabajo, por lo que no son equiparables en el plano conceptual. Esta diferencia es posiblemente la justificación de que, aun en países con servicios nacionales de salud, la gestión de la salud laboral y los aspectos con ella relacionados —medidas preventivas, reparadoras y de realización— se encomiende a entidades mutuales.

Un aspecto, sin embargo, que debe ser abordado en relación con estas empresas colaboradoras es la innecesaria rigidez establecida para que las mutuas patronales puedan concertar e integrar el dispositivo asistencial de la medicina de empresa. El mantenimiento de un subsistema de sa-

lud laboral sugiere la conveniencia de flexibilizar esta situación. Existen algunas prestaciones no sanitarias derivadas de las relaciones laborales, que sin embargo sobrecargan el funcionamiento de los servicios y de la Administración sanitaria pública, como son las correspondientes a la gestión y el control de la incapacidad laboral —transitoria, invalidez—, y la colaboración de las mutuas patronales en estas funciones probablemente contribuiría a agilizar el funcionamiento de los servicios sanitarios del sistema nacional de salud.

En cuarto lugar, anticipaba como uno de los retos la demanda de servicios. La concepción del sistema nacional de salud como un servicio público obliga a prever las demandas que sobre el servicio se plantearán en el futuro y cómo hacer frente a las mismas. Como SS. SS. conocen, son múltiples las causas que contribuyen al incremento de la demanda de servicios sanitarios. Las modificaciones en el perfil de morbilidad y mortalidad y el progresivo envejecimiento de la población, el aumento en la cobertura sanitaria pública, el desarrollo de nuevas tecnologías, la aparición de nuevas patologías, como el sida, los cambios sociales y las mayores expectativas de los ciudadanos contribuyen, en mayor o menor medida, a un aumento de la demanda que se traduce en un incremento del gasto sanitario.

De entre las diferentes causas de crecimiento de la demanda, exceptuando la aparición de nuevas patologías, son los cambios demográficos —crecimiento vegetativo y envejecimiento de la población—, el aumento de la cobertura y la incorporación de tecnología los mayores determinantes del incremento del gasto. En nuestro país, y hasta fechas muy recientes, 1987, los cambios demográficos y el esfuerzo realizado durante las legislaturas socialistas en la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria pública han sido los mayores determinantes del gasto. Las estimaciones realizadas sitúan ya al gasto sanitario en porcentajes sobre el producto interior bruto de nuestro país en un nivel cercano al de los países de mayor renta per cápita de nuestro entorno europeo.

Una vez completada la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria pública, los componentes de crecimiento de la demanda y del gasto sanitario en España se equiparán a los países de la OCDE, y el principal factor es el de la incorporación y aumento en la utilización de la tecnología sanitaria. Este hecho hace de la política de innovación tecnológica un aspecto central en la estrategia de desarrollo de los servicios sanitarios públicos. Por tanto, se debe hacer un esfuerzo para definir las prestaciones que deben ser cubiertas por el sistema sanitario, basado en criterios de eficacia y eficiencia, así como de atender a las necesidades más prioritarias. Un aspecto relevante para la definición de estas prestaciones cubiertas por el sistema sanitario público es la delimitación y coordinación de éste respecto del dispositivo de servicios sociales. La determinación de las prestaciones cubiertas por el sistema sanitario público debe apoyarse también, por tanto, en una política de evaluación tecnológica. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en consonancia con la estrategia de salud para todos en el año 2000 y en consonancia con lo establecido en

la Ley General de Sanidad, establecerá mecanismos para evaluar sistemáticamente las tecnologías aplicadas a la salud por sus consecuencias sanitarias, económicas, sociales y éticas.

En relación con los aspectos éticos de la innovación tecnológica, se considera oportuno contar con un comité de bioética, como órgano colegiado de estudio, información y asesoramiento en materia de bioética, que sugiera criterios y principios generales respecto de los problemas que se puedan plantear. Como SS. SS. conocen, el proyecto de real decreto por el que se crea este comité se encuentra en avanzado proceso de tramitación y el comité estará compuesto por dieciocho vocales designados entre personas de reconocida solvencia en los ámbitos del ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, de la enseñanza o de la investigación, o en disciplinas relacionadas con la ética, deontología, ciencias jurídicas, sociología, filosofía y religión.

La prestación farmacéutica, en donde existe una continua incorporación también de nueva tecnología, tiene, como SS. SS. saben, una notable incidencia sobre el gasto sanitario público, siendo aproximadamente el 20 por ciento del presupuesto del gasto final del Insalud. La política farmacéutica participará de las directrices marcadas para la incorporación de tecnología, con especial énfasis en el uso racional del medicamento y en el desarrollo de las previsiones de la Ley del Medicamento. En este sentido, la actuación del Ministerio sobre farmacia estará enmarcada por dos objetivos principales: garantizar la calidad y desarrollar una política de uso racional del medicamento. Por una parte, se continuará con el desarrollo de programas dirigidos a garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos en su autorización, así como la revisión de los productos ya en el mercado, a través del programa de selección y revisión de medicamentos, PROSEREME.

En relación con el uso racional del medicamento se desarrollará una política basada fundamentalmente en la información y dirigida a incentivar entre los profesionales la eficiente utilización de este recurso terapéutico que tiene una notable incidencia, como hemos visto, sobre el gasto.

Por último, y en relación con los problemas de ajuste y oferta-demanda, quiero referirme a dos organismos dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo que tienen gran importancia en la adaptación del sistema nacional de salud a las necesidades del inmediato futuro: El Fondo de Investigaciones Sanitarias y la Escuela Nacional de Salud.

El Fondo de Investigaciones Sanitarias está cumpliendo un relevante papel en el fomento de la investigación clínica aplicada y sobre servicios sanitarios. La evaluación de las tecnologías aplicadas a la salud, así como la investigación sobre la eficacia de los servicios sanitarios, se constituirán en una prioridad dentro de las actividades desarrolladas por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Asimismo la Escuela Nacional de Salud debe cumplir un importante papel en la formación de gestores sanitarios. La adecuada formación de los directivos del sistema nacional de salud tiene una importancia central dentro de la estrategia de dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresariales.

Como recordarán SS. SS., en la introducción a esta comparecencia me referí a las áreas de actividad del Ministerio de Sanidad y Consumo. He analizado hasta el momento las directrices que informarán la actuación del Ministerio en el campo de la sanidad, es decir, en salud pública y en servicios sanitarios. Voy a referirme ahora, aunque sea muy brevemente, a las otras dos áreas de actuación del Ministerio, es decir, consumo y Plan Nacional sobre Drogas.

La política de consumo ha de valorarse desde una doble perspectiva: una, social, orientada a mejorar la calidad de vida, a permitir al ciudadano disponer de los medios para elegir adecuadamente y facilitarle los instrumentos necesarios para la reparación del daño si ésta lo produce; pero existe también una dimensión económica en la medida en que la política de consumo, al fomentar la organización y la información de los consumidores y establecer reglas comunes que permitan la transparencia del mercado, importa también a la competitividad entre los productores y a la calidad de los productos. En nuestro país, la práctica inexistencia de protección al consumidor exigió en principio seleccionar áreas estratégicas de actuación que han sido definidas a la luz de los resultados obtenidos. La consolidación de los elementos básicos de la política de consumo en España debe traducirse en una evolución hacia nuevos campos de acción más apropiados a nuestras características económicas, sociales y culturales. Por ello parece el momento actual el más oportuno para introducir una nueva directriz en el ámbito del consumo que podría definirse como la exigencia de unas mayores cotas de calidad. Esto equivale a superar una concepción defensiva por parte del consumidor para entrar en una etapa activa en la política de consumo como medio para elevar la calidad de vida de los ciudadanos y para producir un continuo efecto corrector en las relaciones de mercado.

Junto a ello, nuestra política de consumo debe atender a las necesidades internas y, a la vez, a las que impone nuestra pertenencia a la Comunidad Económica Europea. Esta doble vinculación se expresó claramente en la propuesta para un programa comunitario en materia de consumo, que fue presentado por el Gobierno español durante la etapa de Presidencia de la Comunidad. Este programa se ha plasmado, en buena medida, en el posterior plan de acción trienal comunitario.

También entiende el Gobierno que la inminente puesta en práctica del Mercado Unico Europeo requiere una adecuada respuesta en el terreno del consumo si se quiere que la construcción comunitaria tenga una repercusión social positiva para los ciudadanos europeos. Por ello, el Gobierno ha elaborado una propuesta de modificación del Tratado de Roma que propone la creación de una política común de consumo.

Partiendo de las premisas señaladas, la actividad de mi Departamento en materia de consumo se centrará, preferentemente, en torno a una serie de puntos que les expongo a continuación.

En primer lugar, completar el desarrollo del marco jurídico para la defensa y promoción de los intereses del consumidor. En esta materia, cabe destacar el inicio del trámite parlamentario del proyecto de ley sobre venta fuera de

establecimientos comerciales. También están muy avanzados diversos proyectos normativos sobre regulación de ventas por primas, etcétera. Al mismo tiempo, una vez que se ha conseguido en el presente año modificar la capacidad sancionadora de las corporaciones locales, elevándola de un máximo de veinticinco a doscientos millones de pesetas, es necesario potenciar una actuación más eficaz de los municipios para una mayor y mejor defensa de los intereses del consumidor. En un futuro inmediato está prevista la aparición de varias disposiciones, que se encuentran en sus últimas etapas de tramitación, entre las cuales estaría la relativa a indicación de precios de los productos y servicios, sistema arbitral, modificación del régimen de infracciones y sanciones, contratación, etiquetado nutricional, etiquetado de productos pirotécnicos y etiquetado de textiles. Se trata, por tanto, de proporcionar el soporte jurídico basado en un completo desarrollo de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

Segundo objetivo al que me refería: fomentar la calidad. Lógicamente, la consecución de una mayor calidad de nuestros productos es un objetivo irrenunciable de cara al mercado europeo. Parece evidente, por tanto, la necesidad de proporcionar una clara prioridad a este asunto en los próximos tiempos. Para conseguir este fin es preciso, en primer lugar, la colaboración de los sectores productivos, especialmente en el seno de organismos como la Asociación Española de Normalización, AENOR, con el fin de garantizar una correcta normalización y certificación de los productos industriales españoles y en segundo término dar un mayor impulso a los análisis comparativos para enriquecer la información del consumidor y permitirle efectuar una elección responsable, optando por marcas y productos que considere más adecuados.

Tercer objetivo, apoyar las corrientes asociativas. Las asociaciones de consumidores son en España todavía muy jóvenes y están en un acelerado proceso de consolidación. En la actualidad coexiste un elevado número de entidades integradas en siete grandes asociaciones de ámbito nacional. Sus propios representantes están debatiendo la posible conveniencia de acometer algún modo de integración o concentración que razonablemente se traduciría en un efecto multiplicador de su eficacia.

En cuarto lugar, la puesta en marcha de un sistema arbitral de consumo forma parte de un conjunto de medidas destinadas a facilitar el acceso de los consumidores a la reparación de los daños sufridos en relación con el uso o consumo de servicios y productos. La próxima aprobación del reglamento que regula el sistema será el primer paso para generalizar las juntas arbitrales a todo el territorio nacional.

Pasando al Plan Nacional sobre la Droga, señorías, el próximo día 14 comparezco ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para tratar sobre la problemática de las drogas. En esa ocasión expondré de forma, espero exhaustiva, lo que como Presidente del Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas pienso desarrollar en el próximo futuro, pero no por ello quisiera dejar pasar esta ocasión sin referirme a una cuestión que constituye hoy uno

de los temas principales de preocupación de nuestra sociedad.

Parece fuera de duda que el nivel de coincidencia y responsabilidad que se da en el marco del Plan Nacional sobre la Droga es más que satisfactorio. Podemos decir sin ningún rubor que el camino es bueno. Necesito recordar algo, aunque sea una obviedad en el ámbito de mi Departamento y para el auditorio de esta Cámara: parece cierto que el problema de la drogodependencia por consumo de heroína está en proceso de estabilización, pero tengo que añadir a renglón seguido que, en cambio, el consumo de cocaína está alcanzado cotas elevadas y preocupantes, con unas consecuencias todavía no demasiado evidentes pero absolutamente ciertas. Tengo que decir que es tan lamentable como irreversible que con toda probabilidad en los próximos años nos encontremos con más demandas asistenciales masivas derivadas de un consumo actual menos perceptible de lo que es en realidad.

Durante los cinco años de aplicación y desarrollo del Plan Nacional se ha reforzado la idea de que ante este problema tan sólo el acuerdo y la colaboración de todos nos permite augurar soluciones posibles y reales.

En el ámbito del control de la oferta, las Fuerzas de Seguridad del Estado han aumentado de forma notable su eficacia en los últimos años, como se demuestra no sólo en las cantidades decomisadas sino, y fundamentalmente, en las redes de distribución que se han desarticulado. La cooperación europea en el marco del Grupo Trevi y el Comité Europeo de Lucha Antidroga ha facilitado una coordinación mucho mayor con las policías de otros países y han posibilitado gran parte de las actuaciones que en los últimos meses se han producido.

Como país que ha ratificado la Convención de Naciones Unidas de 1988, estamos adecuando nuestra normativa a las orientaciones que de esa Convención se derivan en materia de control de blanqueo de dinero procedente del narcotráfico y control de precursores químicos destinados a la síntesis de drogas ilícitas. En relación con los problemas derivados de la asistencia a los drogodependientes, quisiera indicarles que contamos con un número de centros ambulatorios públicos gratuitos, que llegan casi a cuatrocientos, con un número de comunidades terapéuticas que supera los ciento sesenta. Gracias al sistema estatal de información sobre toxicomanías sabemos que la población heroinómana española está envejeciendo, que no aumenta en número y que conecta cada vez más con el sistema asistencial. Así, en el año 1990, 24.000 personas iniciaron tratamiento por consumo de heroína o cocaína en nuestro país.

No puedo dejar de referirme a la relación entre los problemas de drogas y enfermedades del sida, ya que, como saben bien SS. SS., en nuestro país la mayor parte de casos de sida declarados corresponde a toxicómanos. Estamos desarrollando programas de mantenimiento con sustitutos Opiáceos dirigidos justamente a drogodependientes, seropositivos o que tienen clínica de sida. Durante el año que ha finalizado acudieron más de 3.500 heroinómanos a programas de estas características. En los grandes municipios de nuestro país se están realizando programas

tendientes a disminuir los daños asociados al consumo, aumentando la disponibilidad de jeringuillas desechables entre la población toxicómana.

También quisiera referirme a la cooperación internacional, en la que España está jugando un papel muy importante como puente entre la Comunidad Económica Europea y los países andinos productores de coca. Presidimos el grupo regional para América Latina que reúne a los doce países comunitarios más Estados Unidos, Australia, Canadá, Suecia y Japón, grupo en el que diseñan las políticas de cooperación, potenciando políticas de apoyo al desarrollo económico de esos países, ayudándoles a reorientar su economía hacia la producción de sustancias no tóxicas.

En cuanto a las perspectivas de futuro quisiera mencionarles a SS. SS. algunas de las que considero más importantes. En la fase actual en que nos encontramos, y desde el punto de vista de la adicción a las drogas, es necesario elaborar programas específicos de disminución de la demanda dirigidos a poblaciones de alto riesgo en las grandes ciudades. Para ello, además de continuar con el programa de educación para la salud, que dará resultado a más largo plazo, debemos insistir en un plan de comunicación que informe a toda la población, y en especial a los jóvenes, de los efectos destructivos de las drogas ilegales.

Por otra parte, durante los últimos años se ha configurado la percepción generalizada por parte de la población de que es necesario disponer de normas para hacer desistir del consumo de drogas nocivas en público como forma de evitar la incitación al consumo de drogas y los riesgos sanitarios, así como obstaculizar el acceso a las drogas ilegales. Este Ministerio está claramente decidido a defender la prohibición del consumo en lugares públicos de este tipo de drogas. Al mismo tiempo, vamos a estudiar todas las fórmulas posibles para mejorar la integración social de los drogodependientes, entre ellas la actuación sobre los profesionales del sistema sanitario, educativo y social hará que tengan una actitud positiva hacia ellos favoreciendo de esta forma su contacto con los centros de tratamiento.

Especialmente importante es la investigación y prevención de los delitos de blanqueo de dinero y operaciones mercantiles relacionadas con el narcotráfico, para lo que propiciaremos un órgano ejecutivo específico, dependiente de la Fiscalía Especial, incorporando estos delitos al nuevo Código Penal. Como decía hace un momento, en mi comparecencia del día 14 en mi Comisión Mixta sobre la Droga desarrollaré con extensión todos estos aspectos que les he apuntado, pero que no he querido dejar pasar en esta mi primera comparecencia en la Comisión de Política Social y Empleo.

Para terminar, señorías, me gustaría, si me lo permiten, resumir a modo de conclusiones algunos de los puntos de preocupación que me parecen, cuando menos, materia de cuidadosa reflexión. En primer lugar, nuestro sistema sanitario es mucho mejor de lo que se suele suponer, pero todavía no es tan bueno como el que queremos. En segundo lugar, las mejoras en la gestión de los servicios y el desarrollo de una política de salud deben aumentar la eficacia del sistema sanitario y mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos. En tercer lugar, nuestros médicos,

nuestros profesionales, son excelentes; nuestros hospitales son modernos y están bien equipados, pero hay que lograr una asistencia personalizada y de calidad. En cuarto lugar, es urgente conseguir que la asistencia primaria sea el engranaje clave para sincronizar el sistema sanitario global. En quinto lugar, continuamos fabricando, vendiendo y consumiendo muchos más fármacos de los que son precisos y recomendables. En sexto lugar, tenemos que propiciar la consolidación de una industria sanitaria. En séptimo lugar, tenemos que aprender a reclamar más y mejor; hay muchas asociaciones de consumidores, pero muy pocos asociados. En octavo lugar, daremos todos los pasos precisos para lograr el máximo grado de libertad posible en la elección de médico. En noveno lugar, la información y la atención personalizada es un derecho del usuario y un deber del sistema sanitario. En décimo lugar, el proceso de transferencia debe completarse con la plena responsabilidad tanto de la Administración central como de los gobiernos autónomos. Y, por último, es necesario incentivar la eficacia y la calidad en todos los niveles de la organización sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro. Y en este caso, añado algo más que una cortesía parlamentaria dadas las condiciones de la sala, que hacen realmente difícil para todos los participantes en la comparecencia seguir en ella.

¿Qué Grupos quieren participar? (**Pausa.**) Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Quiero también, en nombre de mi Grupo, darle al señor Ministro la bienvenida en ésta su primera comparecencia en la Comisión de Política Social y Empleo, que en realidad es la tercera comparecencia en esta Cámara, ya tuvimos un debate con ocasión de la formulación de una pregunta parlamentaria y posteriormente una intervención sobre los lamentables sucesos que ocurrieron en el Hospital Clínico de Zaragoza.

Tengo que decirle, señor Ministro, que si lamentablemente me decepcionó en sus primeras intervenciones en la Cámara, lo ha vuelto a hacer en ésta su primera intervención en la Comisión, porque yo creí que usted iba a traernos unos aires nuevos para esta nueva etapa que dice usted que va a emprender para nuestra sanidad, pero lo cierto es que, señor Ministro, me parece que lo que pensamos todos que podía ser el tren de alta velocidad para la sanidad que nos iba a traer, se convierte en el último vagón de cola de un tren de vapor de nuestro sistema sanitario.

Al igual que han hecho sus antecesores, señor Ministro, a lo largo de su intervención también me ha dado la impresión de que hay una renuncia expresa a hablar de modelo sanitario, y coincide también en esas llamadas a la sugerencia y a la colaboración constante con los grupos parlamentarios, que por nuestra parte no va a faltar, y ya se lo estamos demostrando con las iniciativas parlamentarias que venimos presentando tanto en Comisión como en el Pleno, y espero que en ellas se refleje precisamente ese espíritu de colaboración que usted dice tener.

No hablan de modelo sanitario porque los bandazos que

han venido dando desde 1982, con el estilo cubanista que nos impusieron en nuestra sanidad, fracasaron hasta 1984, y posteriormente el nuevo proyecto sanitario que, como dijo su antecesor, está reflejado en la Ley General de Sanidad, cambia también con los nuevos planteamientos que van haciendo en sus últimas comparecencias en esta Cámara, especialmente la de su antecesor en enero de 1990 en el Congreso y en octubre de 1990 en el Senado, y esta última comparecencia suya la encuentro casi un poco más confusa que la que había hecho el señor García Vargas. Esto por dos razones: primero, porque no tienen confianza en su propio proyecto, que, como digo, está reflejado en la Ley General de Sanidad, por cierto muy mal desarrollada; mejor dicho, no es que esté muy mal desarrollada sino bastante insuficientemente desarrollada, y no lo digo yo, lo dice también el propio Defensor del Pueblo en el último informe que ha presentado en esta Cámara, y esa insuficiencia de desarrollo también es consecuencia de la parálisis que existe en la Administración a la hora de poner en marcha incluso sus propios proyectos, reflejados en la aplicación de esa Ley marco que es la Ley General de Sanidad.

Por el contrario, oyéndole hoy y releendo también, porque no tengo más remedio que hacerlo —y me confirmo en ello en cuanto no dice nada nuevo de lo que han manifestado sus antecesores—, me da la impresión de que en alguno de sus planteamientos se están aviniendo a nuestro propio proyecto sanitario y están hablando de determinadas cuestiones, como la descentralización de la gestión de los centros hospitalarios, de acudir a la empresa para gestionar los centros hospitalarios. No ha dicho nada de la «desfuncionarización» de los profesionales y del personal sanitario, al cual sí hizo mención su antecesor e incluso de la incentivación que va a dar a estos profesionales.

Pero, señor Ministro, cuando habla de que está muy satisfecho, y ha hecho un canto, estilo botafumeiro, al sistema nacional de salud y a la salud pública, me imagino que es porque las elecciones están muy próximas. Parece que está muy satisfecho de la red hospitalaria actual, pero quiero darle unos cuantos datos de su propio Ministerio de unas auditorías que recientemente nos han sido facilitadas, realizadas en 1988 en algunos centros hospitalarios, concretamente en el Hospital Nuestra Señora del Prado, en el Hospital General de Guadalajara, en el Hospital General de Albacete, en el Hospital Virgen de la Salud, y otros. En ellos se refleja cómo está nuestra situación hospitalaria. Hablan de ausencia en la autonomía de la gestión, de defectos en la confección de los presupuestos y que no se ajustan a la realidad. Es cierto que usted ha reconocido en esta intervención, no sólo en los centros hospitalarios sino en los centros de salud a nivel general, las desviaciones de los presupuestos en cuanto a la liquidación de los mismos y lo realmente presupuestado en su inicio. Son muy importantes: en el año 1990 está en alrededor del 12,5 por ciento. El sistema de compras contraviene los procedimientos en relación con la Ley de Contratos del Estado. No se cumplen los objetivos de reducción de las listas de espera —así lo cita la auditoría—, ni existe control sobre los mismos; existe escasez de los facultativos, especialmente en anestesistas y en radiologías; hay una alta presión en las urgencias, hay

un alto porcentaje de eventuales interinos y hay una disminución de la actividad quirúrgica. Este es el programa, según su propio Ministerio, que presentan bastantes de los hospitales que han sido auditados por la Intervención del Estado.

Junto a esta función de colaboración que vamos a tener y que le he anunciado, le indico que vamos a exigirle mucho y que vamos a ejercitar nuestro legítimo derecho de controlar al Gobierno que tiene que servir para mejorar su gestión. Porque tengo la impresión de que la sociedad española no tiene la misma opinión de nuestra sanidad que tiene usted, y no la tiene en detalles muy concretos. Aunque no le guste el tema, el contribuyente se siente muy a disgusto cuando tiene que esperar meses o años para recibir un diagnóstico o poder ser intervenido quirúrgicamente. No lo digo yo, señor Ministro, lo dice el propio Defensor del Pueblo, en cuyo informe también consta.

Existen listas de espera porque lo dice la auditoría de su propio Ministerio. Y porque existe un impreso que pone: «Listas de espera» y, mes a mes, se lo van mandando desde las distintas Direcciones Provinciales del Insalud. Le repito lo mismo que le dije el otro día en una comparecencia al Subsecretario: utilizan el latiguillo de los tiempos de espera, esa pirueta dialéctica, para ocultar lo que realmente existe, que son listas de espera como consecuencia de una mala gestión, de la no intervención de los propios facultativos en el análisis de esas listas de espera y de no querer concertar con entidades privadas una reducción de esa lista de espera, por ejemplo (es una propuesta que yo le hacía) para intervenciones menores. Son dos soluciones que se pueden dar para la reducción de esas listas de espera.

Nosotros le vamos a seguir pidiendo esos datos, le vamos a exigir que los dé y, como decía en aquella comparecencia en el Pleno de la Cámara, pediremos el amparo de la Cámara si ustedes siguen negándose persistentemente a dar estos datos.

Ha hablado, señor Ministro, de la libertad de elección de médico. Hoy el ciudadano, el contribuyente, sigue notando que existe una relación deshumanizada entre el médico y el enfermo. Con la libertad de elección de médico, por la que nosotros abogamos, pedimos y solicitamos, se conseguiría mejorar la calidad de nuestra asistencia y existiría un principio de competitividad que incidiría también en esa mejora de gestión.

Tenemos presentada una proposición no de ley en la Cámara y esperamos que, en aras a esa colaboración, sea aceptada por el Grupo Socialista y al mismo tiempo se impulse una política real para llevar a cabo este objetivo.

Señor Ministro, el ciudadano también se agobia cuando acude al servicio de urgencias. Es una realidad que se vive día a día y diría que a veces siente temor por la atención que recibe en ese servicio de urgencias. Lo más grave es que ese servicio de urgencias no cubre los objetivos para los que fue creado. Usted sabe, señor Ministro, que el 57 por ciento de los ingresos hospitalarios se realizan a través de los servicios de urgencias. Es un instrumento habitual para colarse por la puerta chica a la atención hospitalaria.

En cuanto al servicio de urgencias también quiero llamar la atención sobre la puesta en práctica de ese teléfono

no 061 que, según la información que tiene este Diputado, está en manos de las telefonistas. Son ellas las que deciden la clasificación de estas urgencias; al parecer, se les ha llegado a dar un curso de anatomía y patología. Esto no contribuye en nada a la mejora que ustedes pretendían imponer con ese servicio de urgencias.

Hay un aspecto al que no ha hecho referencia, y me extraña, señor Ministro, ya que hasta ahora ha sido, al parecer, preocupación del Gobierno y de su Ministerio, pero en esta nueva etapa parece que no le preocupa —al Defensor del Pueblo sí— y es la salud mental de los españoles. No ha hecho ninguna referencia al estado actual de la salud mental y de la atención que se le va a dar desde su Ministerio. En este sentido yo diría que la sanidad es cosa de locos, señor Ministro. Aunque sea muy duro decirlo, los locos están en la calle y eso es porque ustedes... **(Risas.)** No se rían, es cierto. Ustedes han reducido las camas hospitalarias en esta atención sanitaria y, sin embargo, no han dado una solución alternativa. No lo digo yo, lo dice también el ciudadano de la calle, el contribuyente, y lo dice el Defensor del Pueblo en su informe.

Tampoco ha hecho referencia, señor Ministro, aunque sí la hizo su antecesor, sobre cómo van a utilizar mejor los medios existentes en nuestro sistema sanitario. Es un hecho evidente, y no lo voy a negar, que han hecho un esfuerzo de inversión en la red hospitalaria, pero hay una falta de coordinación en la utilización de las posibilidades hospitalarias que tiene este país: por un lado, tenemos hospitales de la Seguridad Social; por otro, hospitales de la Sanidad Militar; en algunos sitios los dos hospitales están a media plantilla; se cierran hospitales de la Cruz Roja sin que se reconviertan para otras atenciones y existe un permanente bloqueo de las entidades colaboradoras de las empresas.

También quiero decirle, señor Ministro, que en aras de esa colaboración nosotros tenemos presentada en esta Comisión una proposición no de ley para que se desbloquee la constitución de nuevas entidades colaboradoras, ya que el costo con cargo a fondos públicos de esta modalidad de colaboración es de un 60 o un 40 por ciento inferior al registrado en la modalidad asistencial oficial.

Hay dos problemas básicos que también afectan al funcionamiento del sistema y que no han sabido afrontar. Hablan mucho de planes, de proyectos, pero la realidad es que los problemas están ahí y no los saben afrontar, como, por ejemplo, la desprofesionalización del personal sanitario y la desincentivación de este personal. Hay una gran desilusión, decepción y desmoralización en nuestro personal sanitario.

Señor Ministro, tanto desde el punto de vista retributivo como profesional es necesario acometer de inmediato, ya, esta incentivación del profesional que hoy en la Sanidad se siente como mero instrumento de la misma. No colabora ni en la gestión ni en la mejora ni en la prevención de esa Sanidad porque se siente mero instrumento de la misma.

En aras de esa colaboración, señor Ministro, el día 25 de abril hemos presentado una proposición de ley sobre la carrera profesional del personal sanitario. Es un documen-

to abierto, por supuesto, a todas las sugerencias que hagan los distintos grupos parlamentarios, incluido naturalmente el suyo, el Grupo Socialista, que no sé si será el suyo o el del Partido Socialista con la confusión que hay de apoyo al Gobierno, porque la verdad es que en este momento ni se sabe qué política es la que está siguiendo...

El señor **PRESIDENTE**: Céntrese en el tema que le queda poco tiempo, señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: En ese sentido hemos presentado una proposición de ley para que la carrera profesional, de una vez por todas, tanto en el sector público como en el privado, se rija por criterios objetivos, reales, técnicos y profesionalizados y no por criterios en ocasiones políticos o ideológicos, como en estos momentos está sucediendo en la situación profesional de esos médicos.

Tampoco ha hecho usted referencia, señor Ministro, a la escasez de médicos especialistas, que es un problema grave que tiene nuestra Sanidad. Me extraña que usted hable de colaboración cuando aquí se rechazan propuestas como la que presentó nuestro Grupo no hace mucho en la Comisión, donde pedíamos que se pusieran en marcha las previsiones contenidas en la propia Ley General de Sanidad, concretamente en la disposición final primera, para que se armonice y clarifique todo el campo legal que en estos momentos existe sobre la formación de los graduados y de los postgraduados.

Dice usted que está muy satisfecho del sistema MIR, pero lo cierto es que dicho sistema hoy está sufriendo las consecuencias de la mala política de gestión. Usted sabe que hasta el año 87 se congelaron las plazas de los MIR y hoy estamos sufriendo precisamente estas consecuencias.

En cuanto a los médicos especialistas he de decirle, señor Ministro, que es un tema importante de cara al reto del 93, porque en este país no habrá un médico que pueda ejercer la medicina si no tiene especialidad. Han creado ustedes una nueva especialidad que es la de médico no especialista. Hay que buscar otros sistemas de formación que no sea exclusivamente de los MIR, como es el de las escuelas profesionales u otros que podemos debatirlos también en esta Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Vaya acabando.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Presidente, lamento la escasez del tiempo pero resumir una intervención de hora y media en diez minutos es prácticamente imposible.

El señor **PRESIDENTE**: El Presidente es consciente de ello y ha doblado ya su tiempo, de manera que vaya acabando.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Perdón, señor Presidente.

Simplemente decirle que, efectivamente, el proceso autonómico es un tema que también nos preocupa a nosotros; hay que profundizar en ese proceso autonómico. En

el uso racional del medicamento y pongan ustedes en práctica también la Ley del Medicamento. Hasta ahora no la han desarrollado, como consecuencia de esa parálisis de la que habla con anterioridad, y, por supuesto, nosotros no participamos de su complacencia sobre cómo está hoy desarrollándose la atención primaria. Desde luego entendemos que es muy difícil llevar a cabo el principio de la libre elección de médico mientras esté tal como está estructurada hoy nuestra atención primaria, que no cubre, ni muchísimo menos, los objetivos que incluso ustedes se pusieron a implantar el nuevo sistema de equipos de atención primaria. Usted hoy habla de centros de salud. Al señor García Vargas ya no le gustaba hablar de centros de salud; hablaba exclusivamente de los equipos de atención primaria.

Nada más señor Presidente. Siento que el tiempo se termine pero, por supuesto, a lo largo de esta legislatura tendremos tiempo de debatir éste y otros muchos temas que tanto preocupan a nuestra Sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra el señor Hinojosa.

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Ministro, quiero agradecerle su comparecencia en esta Comisión. Tendremos tiempo de irnos conociendo como ocurrió con su antecesor.

Usted ha hecho un discurso muy largo, como suele ocurrir en este tipo de comparecencias, por otro lado, ya que no es ningún secreto que cuando se hace una comparecencia de esta naturaleza se aprovecha para repasar globalmente toda la política del Ministerio y presentar al Ministro a la prensa, lo que también está bien. Se ha incorporado usted a una carrera que ya llevamos teniendo en esta Comisión durante unos años. En la primera parte del discurso nos ha ido repasando el paisaje que ya conocíamos; por eso no ha sido muy original su discurso, pues ya conocíamos el tema.

Ha hablado usted en una segunda parte sobre lo que querría confiar en que van imponerse criterios empresariales en cuanto a eficacia y calidad, no en cuanto a rentabilidad, que es un objetivo empresarial que en su caso no podrá conseguir, pero sí en cuanto a calidad y eficacia. Me temo de todas maneras, señor Ministro, que dentro de poco usted ya no hablará de esos criterios empresariales porque eso se dice cuando se llega y luego las dificultades hace que ello se olvide. Está ocurriendo en otros sectores y Administraciones públicas, pero por lo menos la ilusión de empezar hay que reconocérsela y apoyarla.

Yo, señor Presidente, señor Ministro, voy a hacer una intervención muy corta, no para compensar el tiempo que ha empleado de más mi compañero del PP, sino porque en una comparecencia de esta naturaleza, con tal cantidad de datos y de temas como los que ha puesto sobre la mesa, no hay más posibilidad que ceñirse a alguno de aquellos sobre los que no ha hablado para ponerlo también encima de la mesa y para que un día u otro podamos hablar de ello con mayor extensión.

El problema de su Departamento es de recursos y de ad-

ministración de los mismos. Mi Grupo siempre ha pedido —lo podrá comprobar si lee los debates de los Presupuestos Generales del Estado— mayores recursos para la sanidad, porque nos parece que se gasta poco en sanidad en este país. Además, el sistema de financiación del Insalud —me refiero al sistema de financiación tanto estatal como autonómico— no funciona. A usted ya se lo han dicho y a su antecesor se lo dijimos muchas veces. Probablemente usted todavía no está convencido, pero mi misión es convencerle de que el sistema de financiación no funciona, según el ejemplo que le voy a poner inmediatamente. No puede funcionar un sistema de financiación del Insalud cuando una comunidad autónoma que tiene una población protegida del 16,9 por ciento de la población total recibe el 15,95 por ciento de participación en el presupuesto de esa institución, mientras que otra comunidad que protege un 6,35 por ciento de la población recibe un 7,07 por ciento de participación en el presupuesto.

Yo sé que estos son unos datos sobre los que usted tiene reciente información, pero quiero que entienda que aquí ningún Diputado defenderá en esta Cámara la comunidad autónoma de la que procede. Lo que pasa es que solemos tener una visión global y más amplia de todo el Estado, pero tampoco se puede evitar conocer mejor los datos de la propia comunidad de la que uno procede que los de otras. Quede claro que un sistema que hace que mayor población asistida tenga menores recursos en una comunidad y en otra tenga mayores recursos y menor población protegida no funciona. Es evidente que el Consejo Interterritorial, a pesar de haberse planteado repetidas veces este tema, no lo resuelve. Aquí, por parte de su antecesor se me ha dado alguna respuesta en el sentido de decir que los que gestionaron y aprobaron la negociación de los costos efectivos, en determinado momento, de algunas comunidades que no se quejen ahora si reciben menos dinero, porque además el Gobierno les mejoró su participación. Si persiste este sistema estarán ustedes castigando, no a los negociadores, que seguramente se equivocaron, sino a los ciudadanos que no tienen ninguna culpa de que en todo caso las negociadoras se equivocasen. Por tanto, le hago la llamada a esa reflexión de la revisión del sistema de financiación del Insalud.

Hay otro aspecto también relacionado con la financiación que es el desvío presupuestario que se produce en su Departamento constantemente, que, por otro lado, yo creo que es inevitable, porque por mayor calidad que ustedes ofrezcan u ofrezcamos al ciudadanos es evidente que la demanda no se frena sino que se incrementa. Por tanto, es lógico que haya un desvío. Probablemente no sea bueno que haya un desvío de la naturaleza del que está habiendo, que es muy importante, pero es lógico que lo haya. No critico el desvío, critico la participación de los Insalud transferidos, es decir, de las comunidades con transferencias del Insalud que no tienen capacidad de recuperación de esos recursos y, en cambio, el estatal sí lo tiene. Este es un discurso de hace mucho tiempo. Yo he perdido la esperanza de que el Ministro del ramo tenga la voluntad política de resolver este tema de una vez, a pesar de que he de decir, en honor a la verdad y en honor al Ministro anterior a us-

ted en este Departamento, que él comprendía el problema y en más de una ocasión se comprometió a resolverlo, y supongo que si no lo resolvió no fue por falta de buena voluntad, sino porque probablemente tuvo otros problemas.

Ya que usted inicia la andadura, y cuando se inicia una andadura se hace con mucha ilusión y mucha fuerza, a ver si finalmente logramos que esa cosa tan simple como es el desvío presupuestario que se produce aquí y que todo el mundo sabe, se pueda trasladar automáticamente a las comunidades autónomas.

Porque nos está ocurriendo —y esto sucede sistemáticamente— que los proveedores del Insalud, que conocen la tardanza en la cobranza de los servicios, están incrementando brutalmente sus productos, y usted que viene de la empresa privada —aunque la última no era tan privada—, que viene de criterios empresariales, sabe que eso produce un encarecimiento brutal por el costo del tiempo que tardan en cobrar, con lo que estamos encareciendo enormemente el presupuesto del Insalud.

Sólo quiero hacerle estos dos apuntes. Mire, recuerde que el sistema de financiación no funciona, que hay autonomías castigadas y que se está castigando a los ciudadanos, no a los negociadores, que hay, en todo caso, la necesidad de trasladar el automatismo en el desvío presupuestario y otros temas de los que tendremos ocasión de hablar con usted en futuras ocasiones.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Espero un poco de flexibilidad en el tiempo, ya que la comparecencia del señor Ministro estaba pedida para responder a varias preguntas de Izquierda Unida. Yo intentaré ser breve, pero espero flexibilidad de su parte.

En primer lugar, quiero dar las gracias al señor Ministro por su comparecencia. Sin embargo, he de decir que, junto a mis deseos personales de éxito en su gestión, no puedo esconderle que también deseo que un mayor conocimiento de la problemática sanitaria a lo largo de su andadura en su Ministerio y un conocimiento más profundo de lo que son las dinámicas sociales con respecto al sector sanitario hagan variar fundamentalmente las líneas generales que usted ha señalado como prioritarias en su exposición.

Tengo que señalarle, señor Ministro, que no quiero entrar en valoraciones globales; tenemos poco tiempo y prefiero ir a lo concreto. Este país arrastra una deuda histórica en gasto sanitario desde la transición democrática. No solamente es que gastemos menos del producto interior bruto que otros países de nuestro entorno, el asunto es que nos incorporamos con retraso y ese retraso en el desfase de las dotaciones de recursos en salud se sigue manteniendo.

Le voy a dar dos datos de personas y de organizaciones cercanas a usted. En el XXXIV Congreso de la Unión General de Trabajadores se calculaba que había habido una disminución del gasto porcentual en pesetas constantes del

gasto sanitario por persona del 7,7 por ciento. El catedrático de economía José Barea indicaba que esto se traduciría en una reducción anual media de la prestación sanitaria real del 3,4 por ciento. Es decir, la extensión de la cobertura sanitaria que se ha producido y que nosotros aplaudimos en cuanto a esos objetivos globales de universalización se han producido con una disminución del gasto sanitario, lo cual ha redundado inevitablemente en una disminución de la calidad.

Usted iniciaba su intervención enmarcando la política de su Departamenteo en la política del Estado del bienestar. Usted es economista, señor Ministro, y conoce seguramente mejor que yo lo que son las políticas del Estado del bienestar, no los deseos de bienestar para los ciudadanos, que evidentemente todos compartimos, sino lo que se entiende en política socioeconómica por Estado del bienestar, y eso se caracteriza por políticas de pleno empleo y por importantísimas inversiones en gastos sociales. Desde luego después de nueve años de gobierno socialista en materia sanitaria creo que sería muy difícil afirmar que estamos ante una política que tenga que ver con lo que se entiende por políticas de bienestar.

En ese sentido, usted acertadamente relacionaba el estado de salud de la población no solamente con los indicadores de recursos sanitarios, sino con las políticas socioeconómicas globales, pero en sanidad tenemos la suerte de que algo tan material y tan concreto como la vida y la muerte de la gente está reflejando en cifras objetivas cual es su calidad y permite establecer comparaciones, siempre que el sistema de información funcione.

Tanto su antecesor como usted esgrimen tasas de mortalidad infantil y de esperanza de vida que en los indicadores oficiales evidentemente son cifras bastante aceptadas. Quiero recordarle que la Organización Mundial de la Salud califica como de no creíble, como no aceptable, el sistema de información sanitaria de nuestro país, dado que entre las diez primeras causas de muerte, exactamente en el número seis, se sitúan las causas de muerte por estados morbosos y mal definidos, lo cual quiere decir que la credibilidad global de las cifras carece de respaldo a la hora de comparar nuestros indicadores con otros países. Un dato concreto: la tasa de mortalidad infantil, importantísima, porque conforma no solamente un indicador de importancia socioeconómica, sino que es la base en la elaboración de la esperanza de vida. Tenemos una tasa de mortalidad infantil realmente baja, en un principio, pero que contrasta con una cifra de país subdesarrollado, sorprendentemente, en la primera causa de mortalidad infantil. Me voy a explicar, para los que no conozcan esta materia. Una de las causas evitables, como es el poco peso al nacer, evitables —digo— con programas de atención al lactante y al embarazo y al parto, constituye en nuestro país la primera causa de mortalidad infantil. Y cuando en países desarrollados esto constituye el 3 por ciento, en el nuestro alcanza niveles del 22 al 25 por ciento, como media nacional, lo cual supone que en algunas comunidades autónomas las cifras son mucho más espectaculares, lo cual resta credibilidad a la propia cifra tan central y tan básica a la

hora de elaborar indicadores como es la tasa de mortalidad infantil.

Por otro lado, se corresponde con altas tasas de mortalidad infantil, de las más altas de Europa, por enfermedades infecciosas y parasitarias. Exactamente tenemos tres veces más que en Gran Bretaña y seis veces más que en Holanda. También hay altas tasas de mortalidad infantil por avitaminosis y deficiencias en la nutrición.

Esto significa, señor Ministro, como usted decía, pero yo quiero recalcarlo, que, junto a avances muy importantes en algunas capas de la población, persisten serias desigualdades territoriales y sociales en importantes sectores en nuestra población que exigen por parte de la Administración pública, en base al objetivo prioritario de la atención sanitaria —que no es la eficiencia, señor Ministro, sino la atención de las necesidades de la población—, una definición de prioridades en función de necesidades sociales.

Por otro lado, yo quiero decir, en cuanto al sistema de información y a la elaboración de indicadores que permitan elaborar el plan integral de salud —que todavía no conocemos a pesar de que usted ha dicho que está en fase de ajuste y adecuación de objetivos— que si bien ha sido un avance la publicación del libro de indicadores de salud, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, porque algo es algo, también palmariamente nos hemos podido dar cuenta de a qué nivel se está en la elaboración de indicadores para algo tan elemental como es la estrategia de salud para todos en el año 2000. En este sentido, yo quería decirle que cuando la Organización Mundial de la Salud señala como principal objetivo la superación de desequilibrios y desigualdades socioeconómicas, solamente un indicador, curiosamente el hábito de fumar (ninguna tasa de mortalidad ni de morbilidad ni de recursos han sido calculador por diferencias socioeconómicas), solamente el hábito de fumar ha sido tenido en cuenta. Lo cual, evidentemente, con respecto a los compromisos internacionales de España con la Organización Mundial de la Salud va a exigir que su Ministerio apriete el acelerador a la hora de mejorar el sistema de información sanitaria.

Yo quería continuar con algún otro aspecto, uno que no tiene reflejo presupuestario, señor Ministro, porque en Sanidad pocas cosas hay que lo tengan, pero hay una que sí y que desgraciadamente en los nueve años de gestión socialista no se ha avanzado mucho, y especialmente en los cinco años que llevamos de vigencia de la Ley General de Sanidad, y es en la participación social. Todavía a estas alturas está sin crear el Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial del Insalud. La mayor parte de los hospitales del Insalud no han tenido aún la primera reunión de formación de sus consejos de participación, por no hablar de a qué nivel se está en la creación de los órganos de participación a nivel de atención primaria. A mí me parece que eso es un problema de voluntad política exclusivamente de su Ministerio a la hora de favorecer la transparencia y la participación a un nivel que ya en la propia Ley General de Sanidad quedaba bastante restringido.

En cuanto a la desviación presupuestaria, brevemente, porque algunos de mis predecesores han intervenido sobre este tema, pero no puedo dejar de insistir, y quiero

aprovechar mi intervención para decir que esa desviación presupuestaria sistemática que hurta a esta Cámara porcentajes importantes de gastos sanitarios, se produce en un 80 por ciento en gasto farmacéutico, con lo cual los créditos extraordinarios que van a tapar agujeros presupuestarios se producen hurtando a esta Cámara el debate político en torno a una partida importante y a una proporción considerable del gasto sanitario.

Sobre la atención primaria, señor Ministro, usted ha dicho hábilmente —tengo que reconocerlo— que se completará la extensión de la cobertura en una siguiente fase. Yo le pido, por favor, concreción, porque el compromiso con las centrales sindicales es que la extensión de la cobertura del nuevo modelo de atención primaria se cumpliría en el año 1992, falta poco tiempo y yo quiero saber en qué perspectiva temporal se ubica esa siguiente fase, porque los últimos datos oficiales —y utilizo datos de su Ministerio—, en la memoria del Insalud de 1989, hablaba de una cobertura del 55 por ciento de la población, con una disminución de inversiones en el año 1991 muy importante en la creación de centros de atención primaria. Yo quería, sin embargo, centrarme en cómo se está haciendo esa reforma de la atención primaria. Usted hablaba de políticas de promoción y de prevención de la salud por un lado, y por otro lado, de atención, lo cual, desde el punto de vista conceptual, es intachable; el problema es cuál es el reflejo de esas políticas en la actividad sanitaria cotidiana de la atención primaria. Usted sabe que los datos de la última memoria disponible del Insalud del año 1989 nos hablaban de que las consultas que se hacen en atención primaria en el territorio del Insalud no transferido solamente eran del 3 por ciento, el resto continuaba siendo atención a demanda. Es decir, la intervención sobre las patologías crónicas, las que son susceptibles de un trabajo preventivo a largo plazo, están todavía por iniciar después de no solamente cinco años de Ley General de Sanidad, sino de siete años de Real Decreto de estructuras básicas de salud, por el cual se iniciaba la reforma de la atención primaria.

En este sentido, solamente 134 equipos de atención primaria llevaban a cabo el programa de la mujer, solamente cinco equipos habían desarrollado programas de medio ambiente, y ningún equipo —según los datos que yo poseo— llevaba a cabo programas de salud mental. Un inciso para reclamar algo que es un clamor entre los profesionales de la salud del ramo y de la población: la reforma de la salud mental, que, a nuestro juicio, ha sido realizada con criterios sanitarios adecuados, como es la potenciación de la desinstitutionalización del enfermo mental, que con criterios de integración social está llevándose con una absoluta penuria de recursos alternativos, es decir, la atención primaria, que debía ser el eslabón fundamental y básico de la salud mental, no realiza programas de ningún tipo en función de los datos publicados hasta ahora —sí hay otros me alegraré mucho de conocerlos—, y los servicios sociales están resultando absolutamente insuficientes, de manera que no es demagógico decir que la salida de los enfermos de los manicomios, plausible como modelo, está llevándose a efecto sin políticas alternativas de recambio.

El gasto farmacéutico, señor Ministro, sé que es uno de

los problemas que se están planteando desde hace tiempo con mayor intensidad por parte de su Departamento. Yo pediría la máxima seriedad en el tratamiento de los datos y pediría la coherencia con los objetivos a la hora de desarrollar la Ley del Medicamento. El gasto sanitario en España es excesivo; ahora bien, poco decimos con eso. Analizando la estructura del gasto sanitario, se observa fundamentalmente un incremento espectacular del coste de cada receta junto con una disminución progresiva (no diría yo que la deseable, porque la racionalización del consumo farmacéutico no alcanza las cotas necesarias, pero no se puede decir que la población está consumiendo desmesuradamente medicamentos), por parte seguramente de políticas afortunadas de su Departamento, que hacen que cada vez haya un menor consumo de recetas por habitante. Por tanto, a la hora de disminuir el gasto, señor Ministro, está muy claro como vía registro —y eso tuvimos ocasión de debatirlo y de demostrarlo con el debate de la Ley del Medicamento— se encarecen los productos farmacéuticos, incluyendo productos en todo iguales a los que había en el mercado y modificando factores accesorios que permiten a veces aumentar desmesuradamente las ganancias de los laboratorios.

Otro de los ejemplos que nosotros intentamos introducir en la Ley General de Sanidad, y que se lo sugiero como desarrollo reglamentario, es el de Inglaterra, en donde se produjo una rebaja lineal de los gastos de propaganda de los laboratorios, lo cual, desde el punto de vista de la competencia de mercado entre ellos, hacía que la rebaja fuera inapreciable, esto disminuía globalmente el precio final del producto y permitía abrir espacios de ahorro muy importantes cuando los gastos de promoción de los laboratorios farmacéuticos alcanzan escandalosamente el 20 por ciento del precio final del producto.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Señora Maestro, le ruego que vaya concluyendo.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Lo intento.

No quiero agotar estos planteamientos, pero quiero dejar el debate abierto, porque, evidentemente, creo que va a ser muy intenso a partir de ahora. Quiero señalar, señor Ministro, que la Comisión de evaluación y reforma del sistema sanitario tenía previsto ofrecer sus resultados a finales del mes de abril; tengo entendido que esos resultados están ya disponibles y que criterios no de política sanitaria sino quizá de las fechas en las que nos encontramos, han aconsejado retrasar su publicación. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)**

Quería insistir en algunos aspectos, aspectos de racionalización en la gestión, que usted ha señalado, de introducción de la medicina privada en el sistema sanitario y que me temo chocan frontalmente con los principios generales de la Ley General de Sanidad. Entiendo que criterios de racionalización o de introducción de criterios empresariales en la gestión, que usted anuncia como novedades en nuestro país, no lo son tanto en países como Estados Unidos o Gran Bretaña. Por ejemplo, la utilización de indicadores, como la estancia media, han llevado a la Asociación

Médica americana a llamar la atención sobre las altas hospitalarias dadas precipitadamente, que fuerzan reingresos y aumentos del gasto por infecciones hospitalarias. Es decir, los criterios de gestión empresarial, señor Ministro, no son los mismos en el INI ni en Renfe que en Sanidad. El resultado final no se mide solamente en gasto ni principalmente en gasto, aunque no se me escapa que el gasto es fundamental, sino en criterios de salud de la población.

Hay un aspecto sobre todo, señor Ministro, que usted que es economista entiendo valorará. A la hora de escuchar presiones de la Federación de clínicas privadas, de las mutuas patronales o de entidades colaboradoras, es decir, de abrir espacios de mercado en el sistema sanitario público, recuerde que los sistemas sanitarios privados en Europa son los más caros; que en Francia, por ejemplo, la introducción del pago por acto médico en la atención primaria elevó el gasto sanitario en un 2 por ciento del producto interior bruto...

El señor **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: ...que en el sistema sanitario más caro del mundo, como es el de Estados Unidos, coinciden dos cosas: primero, el mayor porcentaje de gasto, y segundo, el de mayor insatisfacción de la población... —sí, señores de la derecha—. El señor Piédrola, poco sospechoso de izquierdas, en su última edición del libro «Medicina Preventiva y Salud Pública» señalaba que encuestas en Estados Unidos indican que el nivel de insatisfacción con el sistema sanitario alcanza al 64 por ciento de la población, cuando en Europa, en sistemas más intervenidos, más burocratizados, según ustedes, el nivel de insatisfacción sólo alcanzaba al 25 por ciento.

Cuando se habla —termino, señor Ministro, pero es que me parece importante— de ineficacia, de ineficiencia del sistema público, ¿con qué lo compara usted? ¿Qué criterios de eficacia y de eficiencia del sistema sanitario privado maneja? Cuando usted habla de libre elección de médico, ¿se van a poner los resultados de eficacia sanitaria y de indicadores de calidad de las clínicas privadas en conocimiento de los ciudadanos para que realmente ellos estén en condiciones de elegir? ¿Cuáles son los criterios que le va a enseñar a usted la empresa privada a la hora de comparar la presunta ineficacia del sistema público? En sanidad, señor Ministro, los criterios son de otro tipo.

Termino diciéndole que ¡ojalá! la experiencia en el sector y las dinámicas sociales que se puedan generar en torno a la sanidad, le permitan centrar más los objetivos de su Departamento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Vasco, PNV, tiene la palabra el señor Olabarria.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: Señor Ministro, quiero felicitarle por su intervención, que ha sido larga, prolija, exhaustiva y muy ilustrativa, para nuestro Grupo Parlamentario por lo menos. Quiero desearle suerte también en la gestión del Ministerio, aunque soy consciente de que la

suerte, señor Ministro, es un complemento episódico en un hombre que ha demostrado cualificación profesional y eficacia operativa en empresas no fáciles de gestionar, como las que a usted le ha tocado el honor de gestionar recientemente en su andadura anterior profesional. Me imagino que la empresa que usted aborda en este momento es igualmente difícil de gestionar; en todo caso, repito, primero cualificación, acierto, suerte y la colaboración leal de nuestro Grupo parlamentario, aunque sea una colaboración desde la discrepancia, señor Ministro, pero puede contar con ella de forma absolutamente incondicional.

Señor Ministro, le comentaba que su intervención me ha sonado bien, es una música agradable al oído; las discrepancias de mi Grupo no son de naturaleza filosófica —prácticamente participamos del contenido filosófico sustancial de lo que usted ha indicado—, y veremos cómo se concretan, veremos cómo se va elaborando la partitura posteriormente, y eso tendremos ocasiones sobradas de ir comprobándolo en lo que nos queda de andadura en esta legislatura.

En todo caso, señor Ministro, le quiero hacer una petición. Me ha preocupado esa especie de apología de la sobriedad que usted ha hecho, de las costumbres austeras, esas apelaciones tan intensas contra el tabaquismo o contra los fumadores, y vinculadas a la dieta. Espero que no exacerbe ese tipo de apelaciones ni las use en demasía, no vaya a suceder como en otros países de nuestro contexto socioeconómico —utilizando esta expresión tan al uso— donde a los fumadores y a los gordos prácticamente se les ha criminalizado socialmente. **(Risas.)** ... Y eso sí que me preocupa incluso en términos personales, porque algunos que incidimos en estos dos estigmas de naturaleza social tenemos que estar seriamente preocupados. No extreme ese tipo de apelaciones, ese tipo de sugerencias sociales; hágalo con moderación. Nosotros estamos de acuerdo en una cultura de la salud pública y en apelaciones metaculturales de esa naturaleza, no podemos dejar de estarlo, pero sin extremar las conductas sociales y las posiciones sociales sobre este tipo de conductas respetables.

Señor Ministro, lógicamente su intervención ha sido genérica, ha sido una exposición programática, de principios generales, y lo único que cabe es exigirle concreciones en aquellas exposiciones que por su parte han sido demasiado abstractas, demasiado genéricas. En todo caso, voy a transmitirle alguna de las reflexiones sobre las ideas más sugerentes que usted nos ha manifestado. La primera, señor Ministro, el tema de la universalización de los servicios sanitarios, de la universalización de la salud pública. Realmente es lamentable y es preocupante que esto siga siendo todavía un objeto del Gobierno. Al fin y al cabo, la universalización de las prestaciones sanitarias es un mandato constitucional en primer lugar, es un objetivo programático de todos los gobiernos anteriores, de todos los ministros que le han precedido en el cargo. Nos gustaría conocer un dato: cuál es el porcentaje de atención de cobertura sanitaria y qué es lo que nos queda para avanzar en términos porcentuales en este ámbito, y sobre todo un calendario estimativo, qué plazos estima usted para cumplir primero, como usted ha dicho, uno de los paradigmas del Estado de

bienestar. El Estado de bienestar se fundamenta en dos paradigmas conceptuales: una política tendente al pleno empleo y una cobertura universal ante situaciones de necesidad. Nos resulta preocupante que este segundo elemento paradigmático del Estado de bienestar y mandato constitucional no esté cubierto de forma absoluta todavía. Nos gustaría alguna concreción mayor en cuanto a qué plazos y en qué previsiones la población de este país va a estar universalmente cubierta en cuanto a sus necesidades de atención sanitaria.

La sistemática propuesta por usted, consistente en la compatibilización de nuevo del sistema público y del sistema privado para la atención sanitaria, es una metodología que no le genera a mi Grupo ninguna renuncia filosófica. Estamos absolutamente de acuerdo, pero en todo caso tengo que recordarle, señor Ministro, que el sistema de convenios con la sanidad privada, el sistema concertado no ha funcionado bien históricamente, por desgracia. Ha habido problemas, unos vinculados a la insuficiencia financiera de los convenios, que ha provocado serios problemas a la sanidad concertada, a la sanidad convenida, que al fin y al cabo presta el mismo servicio público que la sanidad de naturaleza pública; el mismo servicio público por el puro concierto, por la pura celebración del convenio. Un problema que sobre todo ha sido lacerante para el sector privado de la sanidad ha sido el retraso, la demora por parte del Insalud, por parte del Ministerio, de las autoridades sanitarias, en el pago de las cantidades convenidas. Usted sabe que eso ha generado problemas económicos y problemas financieros, prácticamente insostenibles, a muchas instituciones de naturaleza privada convenibles. Me gustaría saber qué previsiones tiene su Ministerio para corregir un problema funcional que ha sido un problema grave. Usted sabe que es una de las reivindicaciones de la sanidad privada de este país, se lo habrán hecho llegar con insistencia, como suelen hacer. Esa es la primera cuestión, señor Ministro.

Segunda cuestión. Usted ha hecho una apología del sistema o de la metodología del MIR, que a mí me parece que es una apología no pertinente desgraciadamente, no especialmente de recibo. La sistemática del MIR provoca múltiples problemas. En primer lugar, identificar MIR como instrumento garante de una eficacia de investigación científica en nuestro país me parece una afirmación excesiva por su parte, porque en el seno del MIR no se garantiza una investigación eficaz. No creo que desde el sistema público sanitario español se esté actuando en el ámbito de la investigación de forma especialmente relevante. En las grandes líneas de investigación internacional, la participación del Estado español no es relevante, es episódica, es pequeña. Además, yo me atrevería a hacer una afirmación que puede resultar, quizá, hasta paradójica, y que no sé si usted la compartirá o no, pero me da la impresión de que las únicas entidades que están realizando investigación eficaz y relevante en España son de naturaleza privada, y especialmente la industria farmacéutica privada; donde se está intensificando de forma notable la investigación, aunque sea en su ámbito de producción, es en la industria farmacéutica. Me gustaría saber qué planes tiene para refor-

mar aquello que es deficiente en el sistema o en la metodología del MIR para garantizar una eficaz y notable investigación en nuestro país y, en su caso, qué tipo de incrementos presupuestarios estima usted necesarios para que la investigación sea relevante, además, porque éste es uno de los ejercicios que deben ser paradigmáticos en un Ministerio como el suyo.

En tercer lugar, señor Ministro, ha hecho usted una apelación a la necesaria colaboración con las comunidades autónomas. Evidentemente, con una apelación de estas características no se puede estar más que de acuerdo. En términos conceptuales, la colaboración con entidades autónomas, sobre todo con algunas que tienen importantes niveles de competencias, es estrictamente necesaria para garantizar una eficaz asistencia sanitaria a los ciudadanos considerados en su conjunto. Lo que pasa es que la coordinación y la colaboración sanitaria depende mucho de los talentos personales y de las actitudes políticas mantenidas por unas y otras administraciones.

Yo le haría una primera reflexión de naturaleza política y, a la vez, una petición expresa, señor Ministro: desvincule cualquier exigencia o pretensión de colaboración del color político, de la ideología política de los gobiernos que en este momento están actuando por la distribución de competencias, operada por el bloque de constitucionalidad, en el ámbito de la sanidad con carácter general. Desvincule cualquier petición de colaboración y cualquier estructura de coordinación sanitaria de cuáles sean los partidos políticos que estén gobernando. Yo pertenezco a una comunidad autónoma que no tiene problemas de naturaleza financiera, que son los que resultan especialmente relevantes en otras; pertenezco a una comunidad autónoma sujeta al régimen del concierto económico, como usted sabe, aunque la transferencia del Insalud no sólo se basó, como también conoce usted, en la metodología del concierto económico, porque el Insalud tiene una doble fuente de financiación no sólo de los Presupuestos Generales del Estado sino también de las aportaciones de los que financian nuestra Seguridad Social, y hubo que modificar la propia metodología prevista en la Ley del concierto económico; pero, como le decía, en mi comunidad autónoma no hay problemas financieros, y tan es así que no los hay que el departamento de sanidad tiene mayor dotación presupuestaria de todos los departamentos del Gobierno vasco y además con sensible diferencia. Sin embargo, usted ha hecho también una referencia que me ha resultado preocupante; la ha hecho con carácter general, de forma abstracta, pero ha dicho que hay importantes problemas de coordinación en el ámbito de la actuación coordinada y paralela de las comunidades autónomas y de la Administración central del Estado en este ámbito. Me gustaría que me concretara mejor a qué tipo de problemas de coordinación se está refiriendo, y, en su caso, si usted es capaz de determinarlos conceptualmente, ver qué metodología, qué vías de acuerdo son pertinentes en este momento para superar estos problemas de coordinación.

Ha hecho una apelación muy importante —voy terminando, señor Presidente, ya capto algunas miradas inquisitoriales que, además, las asumo—...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Olabarria, cuenta usted con el mismo tiempo que los demás portavoces.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: Gracias, señor Presidente.

Ha hecho usted apelaciones muy importantes, algunas sorpresivas sobre el Plan Nacional de Drogas y la actuación de su Ministerio en el ámbito de las mismas, actuación muy pertinente y muy relevante tanto institucional como presupuestariamente. Pero hay una referencia que me ha sorprendido: yo no sabía que usted tenía competencias en materia normativa o que tenía capacidad de iniciativa normativa en algo tan relevante en relación con la represión y remoción del problema del narcotráfico y de las drogas, como son las reformas pendientes del Código Penal u otras normas, que el señor Solans conoce bien y que ayer estuvimos debatiendo con el Ministro del Interior, como es el nuevo código de seguridad ciudadana. Desde luego, las reformas legislativas son pertinentes, perentorias incluso, y me gustaría que usted sugiriera lo que es pertinente en este ámbito, una mejor tipificación del delito de narcotráfico, una mejor tipificación del delito de cultivo, tráfico y producción de sustancias tóxicas, estupefacientes y psicotrópicas y, sobre todo, que hiciera una actuación importante en el ámbito metacultural, que en esta materia es muy relevante. La referencia metacultural es esencial; la superación de las modas, del valor contractual que el consumo de determinadas drogas ha tenido, sobre todo en determinadas generaciones; afortunadamente están periclitados estos valores conceptuales, pero todavía tiene que hacer un gran esfuerzo sobre todo en el ámbito de la cocaína, que parece que es la moda de hoy, la droga de hoy, y no sólo eso, sino también en el ámbito de las drogas legales. Usted sabe que nuestro Grupo, y también el señor Solans, ha realizado una presión parlamentaria insistente en el ámbito de la represión de la publicidad fundamentalmente del consumo de las denominadas drogas legales y especialmente el alcohol, que es un problema para nuestra juventud de una dimensión dramática en este momento; se está produciendo un consumo abusivo del alcohol, y, además, la promoción publicitaria de las drogas legales, sobre todo a través de medios de comunicación de naturaleza pública, puede constituir un marco iniciático, aunque sé que ésta es una postura discutible y el señor Solans no la comparte, pero mi Grupo parlamentario sí. Como decía, esta idea puede constituir un marco iniciático para dar el salto al consumo de otro tipo de drogas legales. Por consiguiente, consideramos que este tipo de referencias culturales deben ser también reprimidas y removidas desde una política de promoción de valores culturales contrarios al del consumo de drogas desde su Ministerio. En todo caso, le deseo especialmente mucha eficacia y suerte en los proyectos normativos en la parte que le corresponda y las correcciones de nuestras disfunciones legales.

La portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra ha hecho referencia a un problema que todavía me duele y me resulta lamentable pensar que todavía sea un objetivo. Usted ha hablado de algo que es evidente y que es un problema grave de nuestro sistema sanitario estruc-

tural, porque es un problema estructural notable: las graves disfunciones de nuestra red hospitalaria provocadas por el uso excesivo de los servicios de urgencia. ¿A qué se debe esto? A la no suficiente potenciación todavía —y tengo que entender no potenciación institucional— desde su Ministerio y desde los departamentos de sanidad de los gobiernos autónomos competentes, como decía, a la no suficiente potenciación de la atención primaria, y desde luego usted se ha quedado también sin compromisos de calendario, de tiempo, de fechas, y nos gustaría saber en concreto cuándo esto va a dejar de ser un objetivo, una adecuada estructura de la atención primaria que pueda superar las grandes deficiencias que se provocan en los hospitales, grandes deficiencias consistentes en listas de espera o en tiempos de demora, por utilizar el eufemismo conceptual que usted ha empleado para hacer referencia al mismo problema, que es muy grave en este país. Las listas de espera o los tiempos de demora son un problema que afecta a muchos ciudadanos que están en condiciones lamentables y deben ser objeto de una remoción inmediata.

También deseáramos que nos hiciera una concreción mayor en cuanto a qué sistemática o metodología piensa utilizar su Ministerio para garantizar el derecho a la libre elección de médico, cuestión no baladí y no sencilla de articular metodológicamente tampoco. Sus referencias han sido muy genéricas, un tanto abstractas, por lo que deseaba que el señor Ministro concretara más estas cuestiones.

Finalmente —señor Presidente, le aseguro que con esto termino—, voy a hacer dos concreciones: ha hecho referencia a la creación de una Comisión de bioética. No sé si esta Comisión de bioética —cuya norma o cuyo proyecto de norma jurídica está siendo elaborado por los servicios de su Ministerio en este momento— es la misma que se prevé en una de las disposiciones adicionales de la Ley que regula las técnicas de fecundación humana asistida, o es una Comisión que va a tener competencias más complejas. Desde luego, la incidencia y la conexión de la ética y de la biología, o de la ética y de la medicina es evidente, y los problemas bioéticos que se presentan no sólo por la aplicación de la Ley de técnicas de fecundación humana asistida sino por otros proyectos normativos que, al parecer, su Gobierno va a presentar, como una ley de aborto y otros que van a plantear múltiples cuestiones de bioética que deben ser analizadas desde una perspectiva propia, desde una perspectiva ética por una Comisión que, lógicamente, por la relevancia de las funciones que va a ejercer, nos gustaría o necesitaríamos saber, primero, qué composición va a tener, qué tipo de personas y por qué sistemas de selección van a constituir esta Comisión de bioética y, sobre todo, aunque sea de forma genérica, qué funciones va a ejercer. Porque la capacidad compulsiva que en materia ética va a tener una Comisión de estas características va a condicionar necesariamente muchas actitudes de su Ministerio y muchas actitudes del sistema público de salud. Por tanto, me gustaría saber si va a estar sólo vinculada a cuestiones de técnicas de fecundación humana asistida, o a cuantas cuestiones bioéticas se puedan plantear en el ámbito del sistema público de salud. Esta es una cuestión muy importante.

Por último, voy a hacer referencia al desarrollo reglamentario de la Ley del Medicamento. Señor Ministro, nosotros no hemos convalidado la Ley del Medicamento actualmente vigente con nuestros votos. Nos parece una Ley del Medicamento lesiva, profundamente lesiva a las competencias comunitarias, autonómicas, en materia de ordenación farmacéutica. No hemos recurrido la Ley del Medicamento ante el Tribunal Constitucional por otra serie de razones que no es pertinente explicar, pero nuestra intención política hubiese sido llevarla al Tribunal y recurrirla ante dicho Tribunal. En esta Ley se contiene una amplísima habilitación hacia el Gobierno central del Estado para su desarrollo reglamentario posterior. Yo le hago una petición: puesto que no hemos podido consensuar criterios los partidos como el que yo represento, el Grupo Catalán y otros, de naturaleza competencial en el momento de la elaboración y aprobación de la Ley, por favor, yo le pido que colabore con las comunidades autónomas a su desarrollo reglamentario. Son tantas las cuestiones que han de ser objeto de desarrollo reglamentario en la Ley del Medicamento y tan ínsitas y que afectan con tal intensidad a competencias de naturaleza autonómica, unas, y de la Administración central del Estado, otras, que la colaboración es estrictamente necesaria en esta materia; si no, yo le aseguro una conflictividad verdaderamente intensa, y lo hago sin ningún tono conminatorio, sino en el tono usual y en sentido propio, como el Código Civil mandata que se deben utilizar las palabras, sobre todo en una institución parlamentaria de estas características.

Con esto, señor Presidente, tal y como me he comprometido, aunque me hubiese gustado aclarar algunas otras cuestiones, acabo mi primera exposición.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Olabarriá. Realmente, no ha llegado a agotar su tiempo.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: En ese caso, señor Presidente ¿lo puedo recuperar? (*Risas.*)

El señor **PRESIDENTE**: No, señor Olabarriá. Nos hace la gracia de ello.

Por el Grupo Socialista, la señora García Manzanares tiene la palabra.

La señora **GARCIA MANZANARES**: Como han manifestado los demás grupos, quiero en primer lugar darle la bienvenida a esta Comisión al Ministro de Sanidad y Consumo y agradecerle su comparecencia.

Su intervención, señor Ministro, amplia, profusa necesariamente acabada, pero no agotada, teniendo en cuenta el alcance de su Ministerio, como todos sabemos, no reitera una vez más, la voluntad decidida del Gobierno de modernizar nuestra sanidad de ampliar y mejorar la oferta sanitaria, de dirigir los esfuerzos en la promoción de la salud para corregir las desigualdades y garantizar así, como muy bien ha dicho el señor Ministro, no sólo un derecho fundamental de los ciudadanos, sino un bien estratégico en el marco de la sociedad del bienestar como es la salud.

Las líneas generales de su intervención, como no podía

ser de otra manera, plantean seguir avanzando en el programa de su antecesor que no es sino cumplir el programa del Gobierno Socialista, apoyado por el Grupo Socialista. En este avance que se trasluce de su intervención, señor Ministro, me gustaría comentar algunos puntos que sí constituyen, a mi juicio, innovaciones y mejoras en dicho programa y que al Grupo Socialista le producen especial satisfacción.

En primer lugar, nos alegra escucharle como prioridad el desarrollo del Servicio Nacional de Salud en el que se contempla la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, asegurando el acceso a los servicios públicos ya sean éstos de titularidad pública o privada, ya que, en todo caso, la responsabilidad de la prestación del servicio es del Gobierno, independientemente del lugar donde se preste. Ello exigirá una política de conciertos, como ya han manifestado algunos de mis antecesores en el uso de la palabra, una política de conciertos clara, ajustada a las prestaciones y que no suponga agravio comparativo para los ciudadanos que sean atendidos indistintamente en uno u otro sistema. Esta es una preocupación que juntamente con la satisfacción de desarrollo del programa quisiéramos que desarrollara un poco más el señor Ministro.

Respecto a la modernización de los servicios sanitarios, quisiera destacarle algo extraordinariamente importante dentro de los objetivos que ha señalado y es desarrollar una cultura de servicio en la sanidad. Durante décadas, afortunadamente pasadas, hemos vivido los servicios sanitarios públicos como algo ajeno a los ciudadanos; hemos visto actitudes distantes, en ocasiones prepotentes, que hacían que el usuario se presentara casi en actitud de servicio, cuando lo realmente importante es él mismo, el usuario y los servicios públicos, por definición, eran o debían ser justamente lo contrario: instituciones, funcionarios, profesionales, prestaciones al servicio del usuario porque tiene derecho a esos servicios que están financiados por todos los ciudadanos, directa o indirectamente, y son los que dan sentido, en definitiva, a la existencia de los mismos.

Para los socialistas es especialmente satisfactorio que se siga en esta línea y de manera prioritaria; pero no voy a ocultarle, señor Ministro, nuestra preocupación porque se pueda lograr con la rapidez que deseamos y ello no por falta de voluntad de la Administración o de los profesionales, ni por falta de recursos, sino, sobre todo, porque en las grandes instituciones, se han cristalizado muchas actividades que se mantienen más por rutina que por convicción y romper determinados modos mantenidos largo tiempo no va a ser tarea fácil. Humanizar las instituciones sanitarias, conseguir el trato personalizado del paciente, por tanto, medir, evaluar el índice de satisfacción del usuario son una apuesta necesaria que implican el desarrollo de esa cultura de servicio por la que apostamos también los socialistas. ¿Podría el señor Ministro avanzarnos algunas líneas de actuación previstas para lograr ese cambio necesario de actitud en la sanidad pública a fin de conseguir esta cultura de servicio?

No quiero dejar de destacar también nuestro apoyo para lograr igualmente un mayor reconocimiento social del per-

sonal sanitario, objetivo importante reseñado en su intervención, así como su participación en la fijación de objetivos. Con ello lograremos una sanidad más participativa, al hilo también de esa sociedad más participativa que pedimos en nuestro programa electoral.

¿Qué decirle de los avances y logros conseguidos desde 1982? Sabemos que han constituido un esfuerzo permanente del Gobierno Socialista y de adecuación a las necesidades, a las demandas de los ciudadanos y también a la situación de los países más próximos de Europa. No somos ajenos a las dificultades que este esfuerzo conlleva, ni a las cuestiones pendientes que no se han conseguido, pero somos los primeros en reconocer que un proceso de transformación cuantitativa y cualitativa, partiendo en ocasiones de estructuras anquilosadas de todo el sistema sanitario, universalizando las prestaciones, descentralizando los servicios, etcétera, etc., en tan poco tiempo no puede realizarse con trucos de magia.

Al hilo de esta situación nos ha presentado el señor Ministro en sus objetivos la segunda cuestión en la que yo quería también detenerme. Es una asignatura medio pendiente lograr esa otra cultura de gestión de modernizar, agilizar y hacer eficiente el servicio nacional de salud, tarea nada fácil en la que el Grupo Socialista ofrece todo su apoyo, porque estamos convencidos de que sólo desde un planteamiento de gestión profesionalizada y descentralizada se podrá lograr la eficacia, eficiencia y calidad necesarias.

El tercer aspecto que quería resaltar de su comparecencia es el objetivo político de promoción de la salud. Constituye el medio más eficaz de prevención, pero no cabe duda que va a chocar con la cultura sanitaria existente ya que supone un modelo conceptual nuevo y, por tanto exigirá desviar la atención fijada casi exclusivamente en la enfermedad y su cuidado hacia la salud y su promoción. Ello no sólo depende de su Ministerio, exige la estrecha colaboración con Educación, pero también con los hábitos de vida, con las ciudades, con el tráfico, el ruido, con la satisfacción personal, el trabajo, la economía, etcétera, con todos aquellos aspectos que contribuyen al bienestar. Me gustaría, señor Ministro que, además del acuerdo con Educación, pudiera avanzarnos si tienen previstas otras líneas de coordinación con las múltiples instituciones u organismos que necesariamente van a estar implicados en este difícil, pero necesario objetivo, de promoción de la salud pública.

Finalmente de su comparecencia, pero sobre todo también de lo que se viene haciendo ya en el Ministerio de Sanidad, dentro del conjunto de medidas y de avances conseguidos quiero destacar algunas de ellas porque creo es de justo reconocimiento exponerlas aquí.

En cuanto al presupuesto, en el año 1982, en Sanidad teníamos 600.000 millones de pesetas; en este momento se aproximarán, este año, a los dos billones y medio; es decir, el incremento ha supuesto tres veces la situación que nos encontramos. Esto supone un avance importante y a nosotros, los socialistas, nos satisface.

La puesta en marcha de la Ley General de Sanidad, en 1986, y la modernización de todo el sistema sanitario —como decía anteriormente tremendamente anquilosado y muy difícil de resolver con métodos mágicos— se ha ido

consolidando en la medida que se han desarrollado servicios relativamente recientes, como son los de atención primaria de salud. Existen en España, y hay que decirlo en estos momentos, unos 500 centros de salud funcionando. Como saben SS. SS., por un acuerdo con los sindicatos que contemplaba un plan a tres años, para dentro de un par de años deberá estar cubierto el mapa de todos los centros de atención primaria de salud. En estos centros es donde trabajan los equipos de atención primaria de salud y desde donde se desarrolla es primera línea de atención a toda la población.

Otros avances importantes han sido la mejora hospitalaria, la asistencia especializada, el desarrollo normativo referente al consumo, del que no había absolutamente nada, y la potenciación de las corrientes asociativas.

En cuanto a la asistencia psiquiátrica quiero hacer una especial referencia a los temas conseguidos porque es un problema al que le tengo especial querencia. No sólo se contempla en la Ley de Sanidad que la salud mental deberá ser cubierta desde la atención primaria y desde los centros hospitalarios, sino que además de contemplarse en la ley, esto se ha conseguido, se ha puesto en marcha todo lo posible en estos pocos años que llevamos de desarrollo de la nueva estructura del sistema sanitario.

Se ha conseguido, como ha dicho también la portavoz de otro grupo, la desinstitucionalización de la gran mayoría de los centros manicomiales —y no nos avergüenza llamarlos así, porque así eran— de nuestro país. Se ha «desmanicomializado» la enfermedad mental. Una gran banda, por lo menos en todos aquellos lugares donde están puestos en marcha los centros de salud, de esa primera atención sanitaria a la salud mental, se realiza desde los centros de atención primaria de salud. Las hospitalizaciones psiquiátricas han sido sustituidas; el manicomio ha sido sustituido por las unidades de agudos en los hospitales generales y se ha puesto en marcha una serie de dispositivos comunitarios de rehabilitación como los centros de día, los hospitales de día, los recursos a caballo entre sanitarios y sociales, los servicios sociales específicos como puedan ser los talleres ocupacionales, las casas de medio camino, los hogares intermedios y otros programas de rehabilitación. Todas estas actuaciones de salud mental no las conocemos porque las haya desarrollado en su mayoría el Ministerio de Sanidad, porque no olvidemos que el Ministerio de Sanidad, como nos decía el Presidente del Gobierno en su comparecencia en el estado de la Nación, gestiona en estos momentos aproximadamente el 43,7 por ciento de la sanidad. El resto, más de la mitad, está transferido a las comunidades autónomas; son competencia de las comunidades autónomas y cada Administración debe ser consciente y debe asumir su nivel de responsabilidad.

A mí me consta de lo que yo conozco, al menos de mi Comunidad Autónoma, el importante desarrollo que al hilo, por supuesto, del marco general del Estado y de la Ley General de Sanidad, se ha hecho de los centros de atención primaria de salud, de los equipos de atención primaria de salud, de la asistencia primaria, de las unidades hospitalarias y de los centros y recursos intermedios en materia de salud mental desarrollándose en paralelo con toda

la red de servicios sociales de atención primaria y de atención especializada sobre la que, como SS. SS. saben, tienen competencia exclusiva todas las comunidades autónomas y así está regulado en sus propias leyes de servicios sociales.

Finalmente decir que me sorprenden los datos que la portavoz de Izquierda Unidad ha dado a propósito de la mortalidad infantil. Creo que se refería a partes de la mortalidad infantil, como puede ser la mortalidad antenatal, el parto, en el primer año o a los cinco años, porque, según los datos que nosotros tenemos, el lugar que ocupa España en cuanto a mortalidad infantil, en términos absolutos, es la segunda más baja de Europa, después de Suecia. Al mismo tiempo la longevidad de vida de las mujeres es la más alta, con 73 años y medio, y la de los hombres la segunda más alta.

Habría otras muchas cuestiones que resaltar de entre los logros conseguidos de la anterior gestión de su Ministerio, pero son bien conocidas por todos nosotros y también por SS. SS. y yo simplemente he reseñado algunas que me parecían importantes por las cuestiones que se han planteado aquí.

En cuanto a los avances y a los objetivos a lograr en el ritmo y en el tren que propone el señor Ministro, quiero comentar también que como SS. SS. conoce el Servicio Nacional de Salud inglés, que fue el paradigma de sistema en el que todos los países nos mirábamos esperanzados, lo han destrozado los conservadores ingleses y hoy lo viven como una auténtica pesadilla. Si ese era el tren de alta velocidad de la señora Thatcher que apoyan lo conservadores, a los socialistas nos alegra enormemente que el señor Ministro de Sanidad no se suba en él y prefiera caminar con paso seguro. El Grupo Socialista le acompañará y compartirá solidariamente este viaje.

Termino ya, señor Presidente, manifestando al señor Ministro, a propósito de su oferta de contribución incondicional para que esta Comisión sea un foro de diálogo abierto y de búsqueda de consenso —cito textualmente sus palabras—, que tendrá en el Grupo Socialista también a sus máximos colaboradores sin menoscabo, por supuesto, de la exigencia que requiere el cumplimiento de nuestro programa electoral.

Le deseamos, y nos deseamos todos, por tanto, el mayor éxito en su trabajo, en el Ministerio y en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Para responder a las intervenciones de los distintos grupos tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Gracias a SS. SS. portavoces de los distintos grupos que han intervenido porque, en conjunto me ha parecido adivinar un común denominador de postura coincidente aunque en algunos puntos, sin duda, con alguna discrepancia que me permite albergar grandes esperanzas para que la mejora de las condiciones de salud sea un programa más de todos que de unos pocos.

Si me permite, señor Presidente, voy a contestar a las intervenciones de los portavoces de los distintos grupos una a una, aunque algunos de los asuntos ya han sido tratados,

precisamente para intentar ajustarse lo más posible a las intervenciones de cada uno de los intervinientes.

El señor Hernández Mollar calificaba mis palabras de renuncia expresa al modelo sanitario y sinceramente no he podido identificar el significado de tal renuncia. Como decía la portavoz del Grupo Socialista creo que hay dos características en mi intervención: La primera, una característica de continuidad respecto del programa anterior y la segunda de énfasis en determinados aspectos de gestión, de cultura de servicio. Eso no es una renuncia al modelo sanitario, si a eso es a lo que se refería S. S.; tampoco es una renuncia al modelo sanitario poner énfasis en el lado de la salud y no tanto en el lado del sector sanitario. En todo caso es un problema de etapas. Antes de atender a las necesidades de atención primaria es preciso tener una infraestructura hospitalaria y de atención especializada. Una vez que se tienen esas dos cosas, y sobre todo una vez que se tiene una estructura de centros de atención primaria, se puede pensar en una política de promoción de salud llevada a cabo precisamente utilizando los centros de salud como centro básico de radicación de tales actividades.

El desarrollo de la Ley General de Sanidad creo que ha sido todo lo rápido que ha permitido la posibilidad de poner en coordinación a los distintos agentes. Si algún episodio de desarrollo de la Ley General de Sanidad no ha sido todavía llevado a cabo es precisamente por la falta de acuerdo total y voluntad de llevar a cabo el desarrollo con ese acuerdo, me refiero concretamente a los planes integrados.

Tengo que decirle que me ratifico en estar muy satisfecho de la asistencia especializada de nuestros hospitales. No he dicho que no tengan problemas. No he dicho que no sea necesario mejorar la asistencia especializada. No he dicho tampoco que no sea necesario aumentar la oferta hospitalaria. No he dicho nada de eso. Lo que he dicho —y lo mantengo porque además creo que es verdad— es que tenemos una asistencia especializada bastante buena y, sobre todo, comparable con la que hace unos años queríamos parecernos viendo la que tenían países como Francia o Inglaterra. Hoy tenemos una estructura parecida, en algunos casos mejor en infraestructura y en profesionales también. Es tan buena esa estructura hospitalaria de asistencia especializada que precisamente por eso los ciudadanos van a «Urgencias» porque saben que tienen confianza en el trato que reciben allí desde el punto de vista sanitario, lo cual no quiere decir, desde otros puntos de vista, que el trato que reciben en «Urgencias» sea el mejor posible, ni significa que no se haya puesto en marcha todo el resto del sistema de asistencia primaria para que sea posible que el ciudadano no tenga que ir a «Urgencias» para resolver no sólo un problema urgente sino un problema normal. Ese es el papel que han empezado a jugar los centros de salud que están en marcha y que en estos momentos cubren casi el 70 por ciento de la población.

Como SS. SS. saben llevo algo menos de dos meses en el Ministerio pero me ha dado tiempo a visitar algún centro de salud, no sólo en Madrid, sino en otros sitios con servicios de salud transferidos y no transferidos. Les puedo decir, como persona que sólo lleva en esta responsabilidad

menos de dos meses, que me han sorprendido tanto los profesionales como las instalaciones de los centros de salud. En esos centros de salud he visto lo que en algunas intervenciones me ha parecido que se dudaba de su existencia. En esos centros de salud hay atención a la salud mental; hay psiquiatras y hay despachos, habitaciones y servicios necesarios para hacer algo que era uno de los objetivos que pretendíamos hace sólo unos años. En Madrid y en Baleares, en los dos sitios, existe eso dentro de los centros de salud.

La libertad de elección de médico, señorita, me parece que no es una novedad. Está en la Ley General de Sanidad como S. S. sabe y su implantación lo antes posible es una necesidad para perfeccionar el propio sistema nacional. Es algo que puede tener ciertas dificultades de implantación, a mi juicio no demasiadas; simplemente requiere una voluntad decidida de ponerlo en marcha y esa voluntad existe. Creo que tenemos una infraestructura de profesionales que permite ponerlo en marcha. Si no tuviésemos los centros de salud no tendría demasiado sentido la libertad de elección de médico. Con unos centros de salud dando servicio de asistencia primaria, sí tiene sentido la libertad de elección de médico.

La gente se agobia por ir a «Urgencias», efectivamente. Como decía antes, es posible que el trato personal no sea el mejor que se pueda dar en esas urgencias, que están para lo que están; pero ésa es una etapa que precisamente está tocando su fin en la medida que tenemos la asistencia primaria de los centros de salud como sistema actual y, sobre todo, como sistema de futuro.

Respecto a lo que me decía del 061 y las telefonistas que por lo visto, según S. S., discriminan en función de las patologías y que incluso han recibido cursos de formación, a mí me parece que la única diferencia que hay entre las telefonistas del 061 y el resto de los trabajadores que están al lado es que las telefonistas son mediante contrata de una empresa privada y los otros son del Insalud; pero para mí merecen la misma garantía profesional unas y otros; no necesariamente tienen que dar informaciones erróneas.

En cuanto a la falta de coordinación entre la sanidad militar o los hospitales militares y la Seguridad Social, yo no entiendo que sea una falta de coordinación, sino simplemente que existen hospitales militares que tienen un origen, tienen una funcionalidad y es posible, no hay que descartarlo, que o bien presten servicios en el futuro para el sistema nacional de salud o bien se integren, como se ha hecho en algún caso, pero no son reflejo de una falta de coordinación.

No le puedo dar mi opinión sobre la proposición de ley en el tema de la carrera, cuya presentación ha anunciado S. S. lo que sí le puedo decir es que en todo lo que sea aprobar medidas y llevar a cabo actuaciones que tengan como objetivo la profesionalización de los médicos y resto de los trabajadores del sector sanitario y en todo lo que sea mejorar las condiciones de trabajo de los mismos, y establecer sistemas que permitan a los mejores acceder a los puestos de mayor responsabilidad, estaré absolutamente de acuerdo y dispuesto a favorecerlo. Eso es para mí la carrera profesional; nada más. Nada más y nada menos, porque

si se selecciona a los mejores también habrá que pagar más a los mejores. No tendrá demasiado sentido seleccionar a los mejores y pagarlos de la misma forma.

Creo que tampoco debemos magnificar el concepto de carrera profesional y simplemente decir a los profesionales del sector que estamos dispuestos a hacer esto, a seleccionar a los mejores y a pagar en función del esfuerzo y de la preparación profesional.

En cuanto al gasto en medicamentos, que en casi todas las intervenciones ha salido, yo creo que es mayor del que debería ser. Probablemente deberíamos hacer actuaciones —ya las estamos llevando a cabo y he mencionado algunas de ellas—, y aumentar los esfuerzos por disminuir el gasto. Sin embargo, me parecería un error negar o confundir el precio de los medicamentos con la capacidad curativa de los mismos y, mediante actuaciones administrativas, negar las innovaciones tecnológicas que ciertamente se producen en los laboratorios y que tienen su reflejo en nuevos productos que ciertamente, es verdad, alcanzan precios mayores. Es importante, y no me importa decirlo desde el principio, que hemos de tener el equilibrio suficiente para saber distinguir lo que es un elemento de aumento del costo de los productos farmacéuticos de un elemento que es la plasmación de una innovación tecnológica dirigida a aumentar la capacidad curativa de determinados fármacos.

El señor Hinojosa decía que confiaba en que se lleven a cabo los criterios empresariales. No se trata de hacer ningún trasplante sin tener en cuenta las posibilidades de rechazo; no es ésa mi intención. Se trata simplemente, y es bastante también, de utilizar lo mejor de otros sectores de la vida social, de la vida empresarial, para perfeccionar y aumentar la capacidad de prestación de servicios, de calidad del servicio sanitario.

Ciertamente el problema sanitario es doble: de recursos y de administración; y no sólo de recursos, sino que estos recursos son por definición tendentes a aumentar en la medida que tienden a crecer las necesidades que tienen que ser cubiertas.

En cuanto al problema de administración, algo se ha avanzado. Yo estoy dispuesto a dar el tributo necesario a las comunidades autónomas que han llevado a cabo la administración de los servicios sanitarios en los últimos años y que han permitido tener un mayor conocimiento de las necesidades y una mayor capacidad de prestar servicios de calidad. Eso va en la dirección de resolver el problema de administración del servicio sanitario.

El problema de financiación al que S. S. se refiere, no es tanto de falta de mecanismos de actualización, que también, pero no previsto, sino de retraso en la actualización. Eso es cierto y está reconocido. Es un problema de meses. Se reconoce «ex post» y, por tanto, existe un retraso que se podría evaluar en gastos financieros. Otro problema distinto es el de lo que podríamos llamar un pacto mayor referido al coste de la sanidad en las autonomías que lo tienen transferido. Seguramente tendremos que llevar a cabo este tipo de conversaciones en un marco distinto y, por supuesto, estoy absolutamente dispuesto a empezar a hablar —creo que lo he mencionado en mi intervención— aludiendo a ciertos problemas que hay en la coordinación con las

comunidades autónomas; me refería claramente a ello. También reconozco un encarecimiento de los bienes y servicios prestados por proveedores, precisamente por estos retrasos en la financiación y espero que en los próximos tiempos ésta sea una de las asignaturas a aprobar, se lo aseguro.

Señora Maestro, agradezco su cantidad de sugerencias y de contribuciones y sobre todo agradezco la esperanza que me da de que conociendo más el sector —estoy seguro que algo podré mejorar el conocimiento del sector en los próximos tiempos— pueda realizar mejor mi tarea.

Estoy de acuerdo con S. S. en que el problema de equidad es un problema importante en el sector sanitario y creo que es la siguiente asignatura a aprobar. Es decir, ya no es un problema de si estamos en la tasa de mortalidad o en la esperanza de vida en segundo, tercero o cuarto lugar. Yo le aceptaría a usted la posibilidad de tener que revisar la metodología por medio de la cual se llevan a cabo las estadísticas. Me parece que es un ejercicio siempre saludable.

En cualquier caso, hoy vamos a salir, probablemente, de pocas dudas, a lo mejor íbamos a pasar del tercero al segundo o del tercero al cuarto puesto, pero la idea fundamental seguramente seguiría siendo la misma: no estamos mal, estamos bastante bien, teniendo en cuenta una serie de indicadores. Es decir, me ofrezco —y ofrezco los servicios del Ministerio— a hacer una revisión metodológica de los procedimientos por medios de los cuales se llevan a cabo estas estadísticas o a descubrir realmente cuáles son cada uno de los pasos necesarios, pero creo que no saldríamos de dudas y que llegaríamos a una conclusión parecida. El problema es la mala distribución, la falta de equidad en la distribución de los niveles sanitarios y de salud en nuestro territorio. Esa es, a mi juicio, la preocupación que deberemos tener en mayor grado en los próximos tiempos, porque las diferencias sí son grandes, y aquí creo que necesitamos un esfuerzo de solidaridad por parte de todos; en primer lugar, porque la infraestructura sanitaria y cultural no es ni ha sido la misma, y éste es uno de los proyectos que tenemos que abordar con mayor énfasis. Tenemos que conseguir que las condiciones de partida de todas y cada una de las regiones y autonomías sean parecidas, tanto desde el punto de vista de la infraestructura física como de la infraestructura cultural y humana de los profesionales. Creo que ése sí es un reto, y en tal sentido coincido con usted al señalar las desigualdades regionales.

Con respecto al plan integral de salud, creo que estaba en mi intervención el anuncio de que está en una fase avanzada y que si no ha sido posible hacerlo antes, es precisamente por un intento de llevarlo a cabo con un grado de consenso elevado.

En cuanto a la participación social, creo que algunas de las actuaciones y representaciones a las que ha aludido, están a punto de llevarse a cabo, y me parece absolutamente lógico que se produzcan en el momento en que estén las normas dispuestas para ello.

Con referencia a la desviación presupuestaria de los gastos de farmacia, ciertamente le tendría que decir a su señoría que estas desviaciones, cuando se producen, se pro-

ducen con una mecánica presupuestaria que atiende al especial tipo de gasto, que no debe estar sujeto a discontinuidades y a falta de presupuesto, y por eso sería mucho peor que la partida de gastos de farmacia tuviese el mismo comportamiento, desde el punto de vista de aprobación, que el resto de las partidas presupuestarias; no es la única partida presupuestaria que se comporta así en los Presupuestos Generales del Estado, y atiende a las especiales características de los gastos de farmacia, que conviene tener abierta su cantidad precisamente para no cortar la prestación de los mismos.

Respecto a la atención primaria, en estos momentos no les podría dar la cifra exacta, pero creo que está en torno al 66 por ciento de cobertura, y el compromiso de terminar en 1992 estaría en función de las inversiones en el proceso que está en estos momentos de construcción de los locales de los centros de salud, pero no sería mucho más tarde el límite temporal en el que toda la atención primaria debería estar atendida en los centros de salud.

Por otro lado, no sé si tiene los datos exactos, pero no hay tanto un aumento del número de recetas como un aumento del gasto por receta; si es eso lo que ha dicho estaríamos de acuerdo y repetiría la tesis que antes avanzaba. Creo que debemos tener el equilibrio suficiente para fomentar un uso racional del medicamento y no limitar la innovación y el progreso tecnológico de los laboratorios en la curación de determinadas enfermedades. Es muy fácil decir: no hay más medicamentos y, por tanto, cortar ese proceso: es posible —creo que es lo que venía a decir en su intervención su señoría— tratar de evitar la introducción de fármacos que existen casi iguales y que simplemente se diferencian más por un precio nuevo que por un contenido distinto. Esa es la línea que se está siguiendo precisamente en el Ministerio y que se continuará en lo sucesivo.

No tomo demasiado en consideración las razones del retraso de la Comisión de evaluación. Creo que un mes de retraso en el compromiso no es mucho, y en cualquier caso, yo tengo muchas esperanzas en los trabajos de esta Comisión de evaluación, de tal forma que no parece que sea demasiado tiempo un mes para poder tener el informe definitivo y poder iniciar una lectura y posterior debate del mismo.

En cuanto a los indicadores, no son para gastar menos, son para conocer mejor cuál es el sentimiento del usuario. No era mi intención en mi intervención, cuando anunciaba el establecimiento de nuevos indicadores cualitativos, derivados de la opinión de los usuarios, tratar de utilizarlos para limitar el gasto sanitario, sino precisamente para poder tener un dato suficiente que nos diga hacia dónde tenemos que reorientar cuantitativa y cualitativamente el gasto sanitario. Esta es la verdadera realidad de la estadística cualitativa que complementa, no sustituye, a la estadística cuantitativa existente en la actualidad procedente del sector sanitario.

No he hecho ninguna afirmación de ineficiencia del sistema público, he hecho afirmaciones que van dirigidas a la necesidad, conveniencia y posibilidad de aumentar su eficiencia, pero no he hecho ninguna comparación entre efi-

ciencia de un sector «versus» otro sector, sino simplemente he enfatizado la necesidad de aumentar la eficiencia del sector público que, por otra parte, es el noventa y muchísimo por ciento del sector nacionalizado.

El señor Olabarria mencionaba la universalización como uno de los objetivos que ya no deberían ser citados. Estoy de acuerdo, es el 99 por ciento y, por tanto, podemos empezar a darlo como un dato conseguido, como un objetivo logrado y no tanto citarlo como un objetivo a alcanzar, sino como algo que ya lo tenemos ahí.

En cuanto a los conciertos con los privados, probablemente se pueden perfeccionar. Me he referido a una línea de perfeccionamiento de estos conciertos y también a la primera plasmación de esa línea de perfeccionamiento en los conciertos con las clínicas privadas que se ha llevado a cabo ya con motivo de la negociación con la Fundación Jiménez Díaz, de la Clínica de La Concepción, de Madrid. En esa negociación hemos incluido como filosofía básica el pago por proceso, sustitutivo del pago por estancias. Sinceramente, creo que es un avance importante, que incorpora un mecanismo de resolución de muchos de los problemas que tienen tanto las clínicas privadas como el que contrata los servicios, respecto de su capacidad de ser utilizados para disminuir listas de espera o simplemente para acercar la realidad de las prestaciones a la realidad de los pagos y no tratar de pagar por conceptos que no atienden a la realidad.

He hecho una apología de los MIR, no me importaría decirlo, tampoco sería demasiado exagerado hacerlo, porque sinceramente creo que la gran reforma de la sanidad española en lo que al capital humano se refiere, se ha debido a la institución de los médicos internos residentes. No es tanto una apología a los MIR como al sistema MIR; creo que el sistema es excelente, que da unos resultados muy buenos en términos de objetivos de formación profesional, no tanto en términos de objetivos de investigación y desarrollo, que creo que para eso no necesariamente tiene que estar diseñado.

Con referencia a las comunidades autónomas, creo que los planes integrados pueden cristalizar la mayor parte de los problemas de coordinación, o al menos podemos utilizar los planes integrados en la medida en que son algo previsto por la propia Ley General de Sanidad como el vehículo para resolver muchos de los problemas de coordinación con las comunidades autónomas. Repito que ésa sería una de las razones precisamente para que no estén en estos momentos totalmente aprobados los planes integrados de salud.

En cuanto al comentario sobre la droga, le matizo que lo que he hecho en mi intervención ha sido apoyar la penalización del consumo. El procedimiento seguirá el cauce que todos conocemos y que, por supuesto, se debe llevar a cabo.

Respecto a la contracultura, estoy totalmente de acuerdo con usted, si bien no podemos hacer contracultura de droga y hacer cultura de tabaco y alcoholismo; es decir, la línea no se quiebra en un momento determinado, tenemos que hacer contracultura de casi todo eso, modulando, sin

estigmatizar, sin hacer héroes a unos y mártires a otros. Creo que no se trata de hacer tragedia, sino de crear —estoy de acuerdo, incluso, con la palabra que ha utilizado S. S.— una contracultura a favor de la vida saludable. Esa contracultura de la vida saludable tiene un reflejo clarísimo no sólo en los indicadores de salud, sino también en los presupuestos destinados a sanidad; esa es la gran ventaja de llevar a cabo esa contracultura. La otra gran ventaja —lo podríamos llamar en vez de contracultura, moda— es que ponemos de moda lo bueno y ponemos de moda el rechazo de lo no saludable. En esa línea creo que hay muchas cosas que hacer y será una de las líneas que el Ministerio llevará a cabo y promoverá de forma decidida.

En cuanto al desarrollo reglamentario de la Ley del Medicamento, me parece que ésa es la filosofía que estamos llevando a cabo. En el Consejo Interterritorial de hace unas semanas pude comprobar el espíritu de consenso entre la Administración central y comunidades autónomas con responsabilidades en sanidad. No es la primera vez en que se ha producido un consenso en asuntos de trascendencia para el sistema sanitario, como temas de remuneraciones a profesionales, etcétera. Por tanto, el clima existe, el órgano también existe y no sería de extrañar que pudiésemos encontrar soluciones en ese sentido.

Por último, la representante del Grupo Socialista, señora García Manzanares, ha enfatizado acertadamente lo que me parece una característica fundamental de intervención, que es la continuidad con el pasado, y el énfasis en la mejora de determinados aspectos de gestión y de cultura de servicio. Creo que una referencia obligada, una mirada constante al usuario, al que utiliza las instalaciones, al que

utiliza los servicios sanitarios, es obligada. Estoy absolutamente de acuerdo.

Hacia una observación: Sí cultura de servicio, pero de prisa. Iremos todo lo deprisa que podamos y que nos permitan las propias disponibilidades financieras que marcan la curva de posibilidades de la velocidad de avance.

Me alegra especialmente la coincidencia en cuanto a la importancia de introducir el cambio de promoción de salud y no sólo de actividad sanitaria. Creo que es muy importante, creo que constituye la siguiente fase de maduración de todo el esquema de calidad de vida ligado a la sanidad. Creo que no podríamos avanzar mucho más siguiendo por un perfeccionamiento de la actividad sanitaria después de haber puesto en marcha la atención primaria y que sólo un llenado de la atención primaria mediante el énfasis en la política de salud puede llevarnos a unos mejores resultados de calidad de vida.

Igualmente coincido con la señora García Manzanares en cuanto a la necesidad de dejar claro que la mitad de la asistencia sanitaria ha sido transferida y que, por tanto, la mitad de la responsabilidad corresponde a las comunidades a que ha sido transferida, con las cuales este Gobierno está absolutamente dispuesto a colaborar, a coordinar en bien de un sistema de salud eficaz y en beneficio del ciudadano.

Muchas gracias, especialmente por la oferta de colaboración en la consecución de los objetivos que me he fijado.

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

Se levanta la sesión.

Era la una y veinte 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