



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1991

IV Legislatura

Núm. 292

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 37

celebrada el miércoles, 26 de junio de 1991,

Página

ORDEN DEL DIA:

Proposiciones no de ley:

- Por la que se insta al Gobierno a realizar las modificaciones presupuestarias necesarias a fin de destinar cantidades suficientes para asegurar un mes de trabajo en el Plan de Empleo Rural (PER) durante 1991 a todos los demandantes que lo soliciten en las Comunidades Autónomas de Andalucía y Extremadura. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (B.O.C.G. serie D, n.º 169. Número de expediente 161/000206) 8348
- Relativa a la apertura del sistema asistencial sanitario de provisión pública. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 176. Número de expediente 161/000210) 8351

	Página
— Por la que se insta al Gobierno a que adopte las medidas oportunas para que de oficio el Instituto Nacional de Empleo (INEM) proceda a revisar los expedientes afectados, desde la vigencia de la Ley 31/1984, de 2 de agosto, de protección por desempleo, por la que se modifica el Título II de la Ley 51/1980, de 8 de octubre, y hasta la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 3/1989, de 31 de marzo, de medidas adicionales de carácter social y liquide a los beneficiarios la diferencia de prestaciones que se desprende de la sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de enero de 1991. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (B.O.C.G. serie D, n.º 178. Número de expediente 161/000214)	8356
— Por la que se insta al Gobierno para que presente un programa operativo que desarrolle infraestructuras sanitarias de cara a la integración de centros básicos de salud mental en el sistema sanitario general. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 182. Número de expediente 161/000218)	8358
— Por la que se insta al Gobierno a presentar a la Cámara un «Programa Especial de Atenciones Sanitarias a la Tercera Edad». Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 182. Número de expediente 161/000224)	8361
— Por la que se insta al Gobierno a que tome medidas de coordinación con la Junta de Andalucía con el fin de establecer un programa de choque que contribuya a la creación de empleo en la provincia de Málaga. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (B.O.C.G. serie D, n.º 186. Número de expediente 161/000233)	8365
— Por la que se insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para el acceso a las prestaciones de la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes extranjeros residentes en España en situación irregular, en tanto no legalicen ésta. Presentada por el Grupo Parlamentario IU-IC (B.O.C.G. serie D, n.º 189. Número de expediente 161/000236)	8369
— Por la que se insta al Gobierno para que proceda a la apertura de los programas Médicos Internos Residentes (MIR) y de los demás sistemas de formación de especialistas en Medicina. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 189. Número de expediente 161/000238)	8373
— Por la que se insta al Gobierno a que reconozca el derecho a percibir retribución por parte de todos los facultativos que obtuvieron plaza de Médico Interno Residente (MIR) para su formación en cualquiera de las especialidades de las Ciencias de la Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 196. Número de expediente 161/000242)	8373
— Relativa a la modificación del baremo de méritos para la provisión de plazas de facultativos en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular (B.O.C.G. serie D, n.º 68. Número de expediente 161/000243)	8377

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

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Se inicia la sesión.

Previamente tengo que justificar las condiciones en las que se reúne la Comisión. Había que optar entre buscar una solución como ésta o suspender los trabajos a partir del día de ayer. Consideraba la Mesa que era necesario ver, antes de que acabara el período de sesiones, las proposiciones no de ley. Hablando con los servicios de la Cámara me sugirieron la posibilidad de reunirnos aquí. Creo que, aunque las condiciones sean extraordinarias, nos van a permitir cerrar los trabajos de la Comisión como los había planificado la Mesa.

Espero que disculpen SS.SS. las condiciones en las que trabajamos, que no son las adecuadas, pero tampoco son excesivamente malas. Además, deseo advertirles que qui-

zá esta sala, cuando las obras lo requieran, será una de las que usaremos habitualmente. Por tanto, realizamos la experiencia de trabajo en función del resto de los compañeros de la Cámara.

— PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A REALIZAR LAS MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS NECESARIAS A FIN DE DESTINAR CANTIDADES SUFICIENTES PARA ASEGURAR UN MES DE TRABAJO EN EL PLAN DE EMPLEO RURAL (PER) DURANTE 1991 A TODOS LOS DEMANDANTES QUE LO SOLICITEN EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ANDALUCIA Y EXTREMADURA. A SOLICITUD DEL G.P/IU-IC (Número de expediente 161/000206).**

El señor **PRESIDENTE**: Por tanto, vamos a iniciar las proposiciones no de ley.

La primera proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a realizar las modificaciones presupuestarias necesarias a fin de destinar cantidades suficientes para asegurar un mes de trabajo en el Plan de Empleo Rural (PER) durante 1991 a todos los demandantes que lo soliciten en las Comunidades Autónomas de Andalucía y de Extremadura, a solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Romero.

El señor **ROMERO RUIZ**: Esta proposición no de ley que mi Grupo Parlamentario redactó en su día, y que mantenemos teniendo en cuenta la importancia del tema, sobre la cobertura del desempleo agrario en Andalucía y en Extremadura, tiene tres ejes por los que se otorga esa asistencia a los jornaleros desempleados del campo de Andalucía y de Extremadura: el subsidio de desempleo, el Plan de Empleo Rural y la formación ocupacional.

Los dos ejes fundamentales a potenciar, desde nuestro punto de vista, son: el Plan de Empleo Rural y la formación ocupacional, teniendo en cuenta que en la actualidad lo que ocurre —con los datos en la mano— es lo siguiente. Hay una gran cantidad de recursos financieros destinados al subsidio de desempleo agrario. Tras los 60 jornales que se justifiquen se tiene derecho al subsidio de desempleo agrario y la media anual de beneficiarios, clasificados por provincias, en este caso en Andalucía, en 1988 fue de 241.032 personas; en 1989, 256.408, y en 1990, aunque los datos oficiales del INEM, del Ministerio de Trabajo, corresponden el período enero-septiembre, se habla de 255.588. Esas son las medias anuales de beneficiarios del subsidio agrario sólo en Andalucía. En Extremadura también hay una cantidad importante, sobre todo en Badajoz, aunque también en Cáceres.

El coste del subsidio de desempleo en 1979 es de 74.516 millones y en 1990 se superan los 74.000 millones de pesetas; teniendo en cuenta que el subsidio de desempleo agrario es una cantidad que se asigna mensualmente durante nueve meses del año a los jornaleros en paro, cuando hayan acreditado previamente unos jornales. Nosotros estamos en contra, de manera radical, de la forma de justificarlos, consistente en la firma por parte de la patronal de esos jornales, que en la mayoría de los casos no se dan en la práctica y que suponen una dependencia de la firma del patrón para tener derecho al subsidio.

En relación con los convenios INEM-Corporaciones locales, afectados al Plan de Empleo Rural, es decir, con los jornales que se realizan en la práctica en el Plan, nos encontramos con que en 1988 se destinaron 11.206 millones; en 1989, 12.399 millones, y en el año 1990 el Consejo de Ministros, aprobando el desarrollo de los Presupuestos Generales del Estado para 1991, aprobó la cantidad de 15.822 millones de pesetas, destinados a Andalucía y a Extremadura para convenios INEM-Corporaciones locales. Esta partida es la que realmente genera empleo y tiene rentabilidad. Por lo tanto, es una partida muy importante si se tiene en cuenta a qué va destinada, pero en la práctica sólo

lo asegura una media de 10 jornadas/año por obrero u obrera desempleado del campo. Eso significa que lo destinado al Plan de Empleo Rural, a los convenios del INEM con las Corporaciones locales es una cantidad pequeña de dinero. Sería muy importante destinar más dinero al Plan, más a la formación obrera ocupacional y menos al subsidio, teniendo en cuenta que se compense a través del Plan de las dos primeras lo que pueda disminuir del subsidio que se cobra sin dar nada a cambio. Partimos de la idea de que cuando un trabajador recibe un salario de la sociedad, éste debe dar algo a cambio.

En Andalucía es necesario crear tejido industrial, hacer polígonos ganaderos, industriales, infraestructuras, recuperar las vías pecuarias, forestación, regulación hidráulica. Todo eso es importante que se haga teniendo en cuenta la mano de obra que hoy se agolpa en las plazas de los pueblos andaluces y extremeños, así como en los bares, que está cobrando una miseria del subsidio de desempleo agrario y que no tiene oportunidad de emplear esa fuerza humana de trabajo en crear riqueza.

Es muy importante que se dé más dinero para el Plan de Empleo Rural a fin de conseguir, como mínimo, un mes de trabajo para todos los desempleados agrarios. Además, conseguiríamos un efecto doblemente positivo: uno, que la gente trabajaría en cosas útiles y recibiría un salario a cambio, y, otro, que la gente debería acudir al puesto de trabajo. Para saber quién es trabajador del campo y quién no lo es no hay mejor solución que ofrecer trabajo. El contrato de trabajo es medicina santa para saber quién es obrero y quién no lo es.

Si se ponen sobre la mesa 255.000 contratos de un mes de trabajo y se viene, se retiran y se cumple con ese horario de trabajo, desarrollando un polígono ganadero, un polígono industrial, haciendo naves, mejorando caminos, mejorando acequias, la gente que trabaje recibirá un salario a cambio y, por lo tanto, justificaría su situación de desempleo y trabajo en beneficio de la colectividad. Por eso es muy importante potenciar el Plan de Empleo Rural, y potenciarlo con mayores recursos y mayor dotación en estos convenios INEM-Corporaciones locales, y realizar también convenios con las Comunidades Autónomas afectadas y con otros organismos públicos, con objeto de lograr que haya eficacia y conseguir que haya trabajos que tengan rentabilidad. Al mismo tiempo, es muy importante que la formación obrera ocupacional se abra camino porque se ha destinado un dinero ridículo: en 1990, 1.418 millones para la formación de los trabajadores del campo que están en paro, sobre todo de los jornaleros más jóvenes, menores de 25 años. Esta cantidad de dinero es muy escasa, teniendo en cuenta, además, que los cursos son de tractorista, de podador o de fontanero, que no sirven para casi nada. No seremos competitivos y no podremos afrontar el reto europeo si no conseguimos ofrecer unos cursos de formación profesional con un profesorado adecuado con una duración de varios meses, otorgando unos salarios a los jóvenes que acuden a ellos permitiéndoles obtener la diplomatura o licenciatura en formación profesional, porque cuando se abran las fronteras en Europa circularán libremente los capitales, las mercancías y también los

trabajadores, y la gente preparada del centro y del norte vendrá aquí y nosotros seremos peones en nuestra propia tierra si no conseguimos, repito que haya una formación profesional adecuada de la juventud para hacer frente a ese reto. Eso significa destinar más recursos.

Por lo tanto, nuestra proposición no de ley —y termino— se ciñe a lo siguiente: llamar la atención desde el Congreso de los Diputados al Gobierno para que haga modificaciones presupuestarias y potencie el Plan de Empleo Rural, tanto en dotación de material, como en número de jornales para que haya más trabajo en el PER; que se potencie la formación obrera ocupacional en el desempleo agrario, que sean estos dos ejes los que se potencien gradualmente en el futuro. Yo creo que de esa manera dignificamos a los trabajadores del campo, se consigue una contraprestación social por el subsidio que reciben y mejoramos la situación que hoy atraviesan los trabajadores del campo en Andalucía y en Extremadura. Porque, repito, la media es de 10 jornales año con esta asignación que se destina al INEM-Corporaciones locales, lo cual es claramente insuficiente. El resto del año, en las plazas de los pueblos, grandes concentraciones de gente parada cobrando 27.000 ó 28.000 pesetas mensuales, sin posibilidad de devolver nada a cambio a la sociedad de la que reciben esta prestación.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieren fijar su posición? **(Pausa)**.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Muy brevemente, para expresar la posición de nuestro Grupo, que en principio va a ser contraria a la aceptación de la proposición no de ley de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, ya que parte de la hipótesis de que los créditos del INEM afectados al PER son los únicos que generan empleo vía PER y, por tanto, resultarían insuficientes para asegurar a los obreros agrícolas, en su caso, las treinta jornadas máximas vía PER.

El Real Decreto 31/1991, por el que se regula el PER para 1991, permite aceptar otros proyectos además de los del INEM, en cuantía tal vez muy superior a los propios del INEM, como se señala en el artículo 1.º, que indica que serán las comisiones provinciales de planificación y coordinación de inversiones y las comisiones regionales de calificación, coordinación y seguimiento las competentes para determinar dicha aceptación, dando preferencia a las zonas de mayor desempleo agrícola y a los trabajadores y empleados agrícolas según figura en los artículos 2.º y 3.º del mencionado Real Decreto 31/1991. Por tanto, son estos órganos los que deben informar sobre la suficiencia de los proyectos y los recursos económicos previstos en el Real Decreto y, como he dicho, por tanto, resulta que hay otros proyectos en donde se pueden citar cuantías muy superiores a las del INEM.

Por esto mismo es por lo que, como he dicho al principio, no vamos a apoyar la proposición no de ley de Izquierda Unida.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Ya se ha dicho por el señor Romero que esta proposición no de ley había sido presentada hace tiempo y, por tanto, la consideración que nosotros podemos hacer en este momento es la de que más bien se trata de una medida de choque, más que de una medida que pretenda instalarse con carácter general, pero la explicación y defensa que se han hecho no van en el sentido de considerarla como una medida de choque obligada por las circunstancias o por una coyuntura especialmente grave o problemática, y si la consideramos como una medida general nos encontramos con que en este momento tenemos la posible discusión —vamos a ver si resulta posible— del Pacto de Competitividad, en la cual, naturalmente, pensamos que Andalucía no debe quedar marginada, ni mucho menos, así como los problemas de la economía andaluza. No debemos ahora entrar a orientar un reforzamiento del Plan de Empleo Rural cuando, al menos desde nuestro punto de vista acerca del Pacto de Competitividad, sin que queramos con esto perturbar a la posible y deseable negociación entre los sindicatos y la patronal, no va en esta línea, más bien va en la línea de algunas de las cosas que ha dicho el señor Romero en relación con la necesidad de que todo tipo de subsidio de desempleo, se presente como se presente, se dirija fundamentalmente a la potenciación de los cursos de formación y que solamente por ahí se garantice el mantenimiento de este tipo de subsidios al desempleo a largo plazo.

Esta es nuestra postura, señor Presidente.

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

El señor **AMATE RODRIGUEZ**: Para fijar también la posición del Grupo Socialista, que va a ser contraria a la toma en consideración de esta proposición no de ley. En principio, la verdad es que la proposición no de ley está muy mal redactada, porque dice: el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a realizar las modificaciones presupuestarias necesarias a fin de destinar cantidades suficientes para asegurar un mes de trabajo en el Plan de Empleo Rural durante 1991 para todos los demandantes que lo soliciten en las Comunidades Autónomas de Andalucía y Extremadura. Diciendo «para todos los demandantes que lo soliciten» podría darse el caso de que fueran también del Régimen General de la Seguridad Social o de los regímenes especiales; si no especifica que son para los eventuales, los parados del campo, la verdad es que, si se aprobara esta proposición no de ley, entraría en la posibilidad de exigir este derecho cualquier trabajador, sea de la rama que sea, esté dado de alta en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social. Yo me imagino que esto es un error a la hora de elaborar la proposición no de ley, pero este no es el motivo fundamental por el que nuestro Grupo Parlamentario va a votar en contra.

Desde el año 1984, en que se modifica el Plan de Empleo Rural, han existido distintos cambios, la mayoría de

ellos negociados con las centrales sindicales; el último, el Decreto que los regula para este año, estuvo negociado con las centrales sindicales UGT y Comisiones Obreras, se fijaron las partidas presupuestarias y el Gobierno está cumpliendo con lo que allí se había acordado. De todas formas, a mí me da la impresión de que la proposición no de ley tiene añoranza de lo que era el empleo comunitario antiguamente; parece que aquí los únicos jornales que hay son los que se acuerdan mediante los convenios INEM-Corporaciones locales, un poco lo que pasaba anteriormente con el empleo comunitario, que eran los ayuntamientos prácticamente los que recibían el dinero, los que daban trabajo a los parados agrícolas, y la verdad es que se tuvo que modificar aquel sistema porque se incitaba a cualquier tipo de picaresca. Por eso surgió este nuevo sistema de protección que, como ha recordado el señor Romero, está formado por tres partes fundamentales: el Plan de Empleo Rural, el subsidio de desempleo y el Plan de Formación Ocupacional en el campo.

Es verdad que una de las partes que forman el Plan de Empleo Rural está dotada con 15.822 millones de pesetas, quinientos y pico millones más que el año pasado, pero el conjunto del presupuesto afectado al PER, donde los trabajadores desempleados agrarios pueden sacar sus jornadas, es de 127.000 millones de pesetas para Andalucía y Extremadura. Si fuera verdad en sus justos términos lo que dice el señor Romero de que lo que cobran de media los trabajadores dentro del Plan de Empleo Rural son diez jornadas, resulta que no podría ser posible que hubiera doscientos cincuenta y tantos mil subsidiados, porque necesitan muchas más jornadas para tener derecho al subsidio y, por tanto, no sería posible.

¿Cómo consiguen los trabajadores esas jornadas? Trabajando en las empresas agrícolas, en las que, si es verdad que hay fraude, habrá que perseguirlo, porque la primera obligación que tiene un desempleado agrícola es buscar trabajo en su profesión, no que se lo esté dando el Gobierno permanentemente, buscar las jornadas en su profesión. Después, siendo el Gobierno consciente de que no es posible conseguir todas las jornadas, porque no hay trabajo en el campo para ello, es por lo que surge el PER, y por eso se dota presupuestariamente con esa cantidad de dinero, 127.000 millones de pesetas, que ha hecho posible que haya doscientos cincuenta y tantos mil trabajadores que tengan subsidio de desempleo agrario.

Pero es que, además, para este año ha habido una serie de modificaciones que tampoco se citan, como es que los mayores de 55 años no tienen que justificar ni una sola jornada para tener derecho también al subsidio de desempleo agrario y que ese subsidio ha pasado de 180 días al año a 300 días al año, sin tener que justificar ni una sola jornada.

Es decir que hay que seguir potenciando la formación ocupacional, y se dice: la formación ocupacional solamente sirve para hacer tractoristas, fontaneros. Claro, es que si la formación ocupacional y de inserción de esos jóvenes menores de veinticinco años intenta sacarlos del campo es para reconvertirlos y que puedan tener una profesión y buscarse la vida en otros trabajos distintos a vivir del PER,

de las jornadas mal hechas, etcétera. Por eso precisamente va dirigida esa formación ocupacional e inserción profesional para reconvertir a esos trabajadores.

Por tanto, creo que hay razones más que suficientes para no cambiar las partidas presupuestarias que se fijan para este año y, por consiguiente, el Grupo socialista va a votar en contra.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 2; en contra, 24; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **RELATIVA A LA APERTURA DEL SISTEMA ASISTENCIAL SANITARIO DE PROVISION PUBLICA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 161/000210)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda proposición no de ley, relativa a la apertura del sistema sanitario de provisión pública, a solicitud del Grupo Popular.

El señor Hernández Mollar tiene la palabra.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Presidente, aunque con los antecedentes de los últimos debates que hemos tenido en esta Cámara, en relación con la interpelación y la moción que se vio la semana anterior sobre política general del Ministerio, pudiera pensarse que esta proposición no de ley que hoy definiendo va a tener la misma suerte que la propia moción y, por tanto, podría pensarse también que resulta ocioso plantearla, no me gustaría, señorías, dejarles tranquilos estas vacaciones sin que, al menos, le pudiera servir como punto de reflexión al Grupo socialista y especialmente al nuevo equipo ministerial la preocupación por uno de los puntos que nosotros entendemos que es de los que exigen un mayor esfuerzo en la política sanitaria del Gobierno y que además constituye en estos momentos una auténtica demanda de la sociedad.

Señorías, no voy a insistir en la crítica y en los errores cometidos a lo largo de estos años, que nos han llevado a la situación actual. La salud y, consecuentemente, las medidas encaminadas a preservarla y a recuperarla si sufre deterioro, entendemos que, efectivamente, no es un problema exclusivo del Grupo Socialista, ni tampoco del Grupo Popular ni del resto de los Grupos Parlamentarios, es una responsabilidad y preocupación de todos, pero, si cabe, en este tema el Grupo Socialista, desde luego, sí tiene que demostrar mayor sensibilidad y mayor generosidad por ser una cuestión que, como acabo de decir, afecta no solamente ya a la responsabilidad de toda la Cámara, sino a todos los españoles.

Con esta proposición no de ley pretendemos que el Gobierno abra el sistema para aprovechar todos los recursos necesarios. Para disipar dudas, una vez más, quiero dejar bien sentado que al solicitar la apertura del sistema no estoy hablando de privatizarlo. Sin prejuzgar las ven-

tajas o desventajas que pueda tener una posible privatización, el Grupo Popular propugna y apoya un sistema con cobertura para toda la población de provisión pública. Efectivamente, apoyamos un sistema sanitario público. Lo que sí nos preocupa, señorías, es la infrautilización de todos los recursos comprometidos y su especial incidencia en la falta de eficacia, en la calidad y en la insatisfacción que en muchas ocasiones los ciudadanos ponen de manifiesto, a través de los medios de comunicación, en esta propia Cámara y que son recogidas también por los informes del Defensor del Pueblo que, año tras año, viene presentando a esta Cámara y donde va recogiendo cada una de las deficiencias de nuestra sanidad y de nuestra sanidad pública.

¿Por qué decimos que el actual sistema sanitario es rígido? Sintentizándolo, diría que sería por estas razones:

En primer lugar, porque se niega a los ciudadanos toda facultad, toda capacidad de opción de medios y de modalidad asistenciales. Es evidente también que con el sistema actual se encuadra a la población alrededor de los centros y servicios propios de la Seguridad Social.

Otra de las causas que también influyen en la actual rigidez o insatisfacción del sistema es la desincentivación y la desprofesionalización de los agentes sanitarios, que incide notablemente en la falta de calidad del mismo. Por supuesto, se produce también un fuerte desequilibrio en la relación costo-eficacia; abundando, además, en todos estos efectos, una sobresaturación de los medios asistenciales, por un lado, y en otras ocasiones una infrautilización de estos propios medios.

Bien es cierto que en las últimas comparecencias de los últimos Ministros se están haciendo declaraciones de una mayor voluntad de apertura del sistema y de una mayor utilización tanto de los recursos propios como de los recursos ajenos. Pero un estudio comparativo con la situación actual en la Comunidad Económica Europea y España nos lleva a la conclusión de que distamos mucho todavía de acercarnos a la mayoría de los países comunitarios y al sistema organizativo que rige en la Comunidad.

A título de ejemplo, en Bélgica 300 de los 460 hospitales existentes en 1977 eran privados, con índice global de 8,8 camas por mil habitantes; funcionan mediante tarifas fijadas por convención o por resolución de los poderes públicos. En Francia se utilizan hospitales públicos y privados, indistintamente, a elección del usuario, con un índice de 11,6 camas por mil habitantes. Tanto los hospitales públicos como los privados se rigen por tarifas fijadas por la autoridad o convenidas. En Italia se utilizan los hospitales de las regiones y los privados convenidos, correspondiendo a aquéllos el 80 por ciento de las camas: el índice global es de 7,7 camas por mil habitantes en 1983 y podía seguir citándoles así diversos países de la Comunidad donde la situación es diferente de la nuestra y donde los índices de camas por habitante son también bastante mayores que en nuestro país.

En España, sin embargo, los principios que rigen la asistencia pública son, resumiéndolos, los siguientes. Se priorizan fundamentalmente los llamados centros propios

sobre los ajenos y los medios ajenos se utilizan con carácter complementario o supletorio de los propios.

Por otra parte, señorías, se instrumentaliza la colaboración de los medios ajenos, mediante los denominados conciertos, en un régimen total de discrecionalidad para la Administración, con unas secuelas de incertidumbre jurídica y económica para los centros afectados.

Podría darles también datos demostrativos de estos argumentos, pero, en aras de la brevedad, sólo decirles, a título de ejemplo, que en 1983 los centros hospitalarios concertados, incluidas Andalucía y Cataluña, eran 331 y en el año 1987 son sólo 215, pasando en 1989 a 161, lo que evidencia una reducción de más del 51 por ciento en los siete años. El número total de camas concertadas que en 1984 eran de 34.822, pasan en 1987 a ser sólo 26.440 camas y 24.210 en 1989, lo que supone una reducción del 30,5 por ciento en un espacio de cinco años. Son datos sacados de las memorias del INSALUD.

Nuestro Grupo, señorías, saca de estos y otros datos una serie de conclusiones. En primer lugar, que la política del Gobierno ha reducido la disponibilidad hospitalaria de oferta pública en el área del INSALUD y, al mismo tiempo, ha provocado una apreciable aumento de la presión asistencial. Ha intensificado las rigideces del sistema y ha encarecido el costo de la asistencia sanitaria pública.

Por otra parte, la mecánica impuesta desde el poder público ha condicionado negativamente la creación y desarrollo naturales de los medios ajenos concertados. Los conciertos se realizan en función de la simple comodidad de la Administración y los centros concertados, señorías, se mueven en el terreno, como he dicho antes, de la inseguridad jurídica y de la incertidumbre económica. Es notoria, pues, la diferencia de trato económico con respecto a los centros propios en situaciones homologables.

Por otro lado, señorías, el sistema de tasificación es obsoleto e irreal, puesto que no se atiende a procesos ni indicadores de calidad o de satisfacción y no se permite al usuario la más mínima opción entre las distintas modalidades hospitalarias. No quiero que esto se entienda tampoco como una defensa a ultranza de los centros concertados, porque entendemos que algunos no reúnen las debidas condiciones, pero hay que establecer sistemas alternativos. No se pueden suprimir o cerrar centros que no reúnan esas condiciones y, sin embargo, no dar otras opciones que mejoren la actual situación hospitalaria, lo que lleve a la situación en la que nos encontramos actualmente.

En definitiva, señorías, y para terminar, proponemos la enmienda de los errores y del fracaso registrado en la actuación del Gobierno y del Grupo socialista y ofrecemos una solución contrastada con el resto de los países de la Comunidad a los que antes he hecho referencia.

Esta es la justificación de la proposición no de ley que presentamos. El criterio en el que nos basamos es que es absolutamente necesario en estos momentos abrir el sistema a la utilización no solamente de los recursos propios, sino de los ajenos y por eso, señorías, pedimos el apoyo de los distintos Grupos a la proposición no de ley que he defendido.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieren fijar su posición? (**Pausa**).

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Se nos presenta esta proposición no de ley solicitando la apertura del sistema asistencial sanitario de provisión pública. Yo diría de financiación pública, porque lo que caracteriza o debe caracterizar, desde nuestro punto de vista, al sistema sanitario es su financiación. Lo que parece que se pretende es que la provisión tenga un mayor alcance que las posibilidades de oferta que ahora tiene el sector privado.

El señor Hernández Mollar ha dicho que les preocupa la infrautilización. Eso es cierto, pero para que sea más cierto lo que más nos preocupa es la infrautilización de la propia sanidad pública. A partir de ahí comenzaríamos a evaluar en qué medida sería necesario incorporar las prestaciones o la provisión del sector privado.

El problema que se plantea, si no se quiere defender este tema como una mera ampliación del mercado del sector privado, es que no se puede justificar si lo que realmente se cambia no es la apertura al sector privado, sino la organización y la gestión de la producción y distribución sanitarias. Para nosotros ahí es donde está el auténtico problema y donde hay que buscar soluciones.

El sector privado en estos momentos tiene unas posibilidades muy superiores a las que tendría si la sanidad pública fuera realmente buena. He dicho muchas veces que el problema que tiene la sanidad pública es que si mejora se produce inmediatamente un trasvase de las personas que buscan asistencia en la sanidad privada hacia la pública, y eso amenazaría no sólo con incrementar el gasto en la sanidad pública, sino además con bloquearla, porque ya hay indicios de que tiene dificultades para manejar los volúmenes de población que se ha asignado con su universalización.

En estos momentos, el sector privado, que se caracteriza, en líneas generales, por ofrecer una mala calidad, —desgraciadamente, no es mucho mejor que la que ofrece la sanidad pública— vive de esa mala calidad de la sanidad pública. Tengamos cuidado con lo que decimos, incluso si lo que se pretende es defender la apertura. Habría que hacer muchas cosas antes que ésa. Aparte de las que he mencionado antes, definir la producción y distribución sanitarias en este país, ¿dónde hay que hacer fundamentalmente la apertura? ¿En la primaria? ¿En primer lugar en la primaria y después en las demás? ¿En todas al mismo tiempo? Si, por ejemplo, fuera en la primaria, ¿de qué modo? ¿Incorporando la iniciativa privada, concursando para ofrecer prestaciones a la pública allí donde fuera necesario o conveniente? Si así fuera, ¿en base a qué criterios? ¿Estableciendo conciertos anuales o de más de un año? ¿Estableciendo conciertos por objetivos? ¿Siendo el equipo asistencial, constituido por una o más médicos, el filtro económico para la distribución del enfermo hacia otras asistencias, la especializada y la hospitalaria? Se dice que esta petición está contrastada con el resto de los países de la Comunidad. Lo que ofrece el resto de los países de la Comunidad es un abanico muy am-

plio, muy diferenciado del tratamiento de este problema, es decir, de la utilización de la provisión del sector privado a la financiación del sector público.

Por tanto, nos encontramos siempre en la misma situación. Una de dos: o hacemos un «¡viva Cartagena!», porque da la impresión de que estamos defendiendo al sector privado, o reflexionamos al fondo. Primero defendemos al sector público. Como he dicho muchas veces, mientras no se mejore suficiente y satisfactoriamente la sanidad pública no va a ser posible defender el sector privado, entre otras cosas porque no va a tener una definición clara de cómo va a desenvolverse en ese campo de acción, cómo hacer las previsiones económicas y financieras, etcétera.

Mi Grupo encuentra dificultad en que, porque estimamos que el sector privado debe tener posibilidad de ofrecer provisiones al sector público, votemos a favor de algo tan indefinido. Deberíamos profundizar, en todo caso, en cómo habría que hacerlo para no encontrarnos con discrepancias tan profundas.

Esta es la razón, señor Presidente, por la que mi Grupo se va a oponer a esta proposición no de ley.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: También quiero empezar señalando que mi Grupo se va a oponer con toda rotundidad a esta proposición no de ley, aunque, si bien es verdad, me alegro de que por fin se empiece a hablar claro en estos temas. En estos últimos tiempos nos costaba trabajo identificar el programa o las líneas de fondo del Grupo Popular en materia sanitaria, que afirma que su programa se expresa en las medidas que propone, de las intervenciones parlamentarias habidas en los últimos tiempos.

Estoy convencida de que el discurso sanitario presente en los medios de comunicación es un discurso precocinado, con unos objetivos clarísimos, que, desde mi punto de vista, no son legítimos desde las coordenadas políticas e ideológicas de los Grupos que lo proponen. Estamos en una sociedad de mercado; a unos les gusta más y a otros nos gusta menos, pero ésas son las reglas del juego. Entonces, el sistema privado tiene absoluta libertad en este país para competir, ofertando atención sanitaria, con el sistema público. En eso, desde luego, mi Grupo no va a proponer ningún tipo de medida coercitiva. Desde luego, apostamos por una sanidad pública de calidad, pero la libertad de los ciudadanos de elegir un sistema privado o un sistema público no la negamos. Ahora, lo que pervierte y lo que perturba las reglas del juego es pretender, desde el sistema privado, parasitar económicamente el sistema público. Esa es también la mistificación, señor Revilla, que supone decir que un sistema es público cuando la financiación es pública, aunque la provisión de servicios sea privada. Eso es parasitación del sistema público por parte de la oferta sanitaria privada.

En este sentido entiendo que la Ley General de Sanidad, afortunadamente, deja bien claros los criterios de partici-

pación de las entidades sanitarias privadas en el sistema público. En primer lugar, evidentemente, la participación del sistema privado se hará y tendrá carácter posterior y complementario a la utilización óptima de los recursos sanitarios propios. Claro que sí. Por otro lado, se priorizarán entidades que tengan carácter no lucrativo y, por otra parte, el sistema privado se someterá a los mismos controles de calidad que el sistema público. Como dice el señor Revilla, son bien conocidos los déficits importantes de calidad de la provisión sanitaria privada, pero, desgraciadamente, no hay auditorías públicas, no hay controles de calidad públicos sobre el sistema privado que permitan realmente saber qué es lo que hay detrás del pretendido discurso de la ineficacia del sistema público.

Para hablar de ineficacia, es necesario hablar de ineficacia comparada con algo. El sistema público es ineficaz, ¿comparado con quién?, ¿con el sistema privado?, ¿con qué baremos, con qué criterios identificamos esa presunta ineficacia? La ineficacia no se mide por el nivel de gasto, sino por el nivel de cumplimiento de los objetivos, y es de todos conocido, aunque desgraciadamente no por indicadores suficientemente objetivados y validados, que las tasas de mortalidad en los hospitales privados, los niveles de atención, de especialización, de sus profesionales, las inversiones tecnológicas en los medios privados, tienen carácter supletorio con respecto al sistema público. En este sentido, no se hacen inversiones en el sistema privado que no estén garantizadas por los conciertos previos hasta su total amortización por el sistema público.

Por otro lado, por ejemplo, los laboratorios de los servicios sanitarios públicos están sometidos a controles de calidad periódicos, hecho que se desconoce que se produzca en servicios de laboratorios privados. Es evidente respecto al proceso de privatización de determinados servicios generales de los hospitales, que en principio parecían ofrecer menos problemas desde el punto de vista técnico y eran más susceptibles a la intervención de criterios de mercado, como eran los servicios de hostelería y de limpieza, que está demostrándose que es un fracaso estrepitoso y, afortunadamente, la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid se está planteando iniciar, a través del Hospital de Getafe, de reciente apertura, la vuelta a los servicios de limpieza propios y no de subcontratas.

No hay misterios en el sistema de mercado. Aparte de otros muchos criterios de las relaciones humanas y de todo tipo que se incorporan con un sistema de lucro privado en un servicio público, lo evidente es que los gastos son los mismos en el sistema público y en el privado y en el sistema privado hay que añadir los gastos de capital. Eso es elemental. En ese sentido, hablar de ineficiencia del sistema sanitario público con respecto al privado, pienso que es, por lo menos, una alegría digna de mejor objetivo, sobre todo cuando los sistemas sanitarios de aquellos países en los que la parcela privada es más importante están buscando, por razones de gasto, por razones de eficacia, la vuelta a una mayor participación pública en los mismos, no digamos por razones de equidad y de justicia social.

De todos es conocido cómo, en palabras del Director de la Chrysler de Detroit, el sistema sanitario privado en Es-

tados Unidos es el más inflacionario de la economía, cómo se hacen sistemáticamente pruebas diagnósticas no necesarias, con el objetivo de recibir la correspondiente subvención, cómo se hacen intervenciones quirúrgicas en la población de Estados Unidos que superan en más de tres veces las que se realizan en el Reino Unido, cuando el nivel de desarrollo de ambos países es el mismo, por no decir que, evidentemente, para mi Grupo, lo más importante son las valoraciones de eficacia y de eficiencia medidas en superación de las desigualdades, en criterios de desigualdades sociales en los indicadores de salud de la población.

Hay mucho que hablar, tenemos muchos temas sanitarios sobre la mesa y habrá ocasión de continuar en el mismo sentido.

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

El señor **ARGANY FAJARDO**: Señor Presidente, se presenta esta proposición no de ley aquí argumentando insuficiencias en los medios destinados a la atención sanitaria y a la creciente demanda de necesidades. Yo no voy a entrar en estos momentos en la polémica entre la sanidad pública y la privada. Ha ocupado muchas páginas de los diarios, aquí nos hemos manifestado todos y todos saben cuál es la postura de nuestro Grupo. Lo que sí está claro es que, respecto al argumento de esta proposición no de ley, el Ministerio ha formulado diversas declaraciones y ha dado múltiples respuestas, tanto en el Senado como en esta Cámara, y está claro que la potenciación del sector público y su desarrollo, no como un fin en sí mismo, es decir «versus» sistema privado, sino dirigido al bienestar colectivo, es norma que debe regir la política del Gobierno en materia sanitaria. Así se ha manifestado y hay que poner las cosas claras. El Gobierno tiene la obligación de garantizar, en condiciones de igualdad y de equidad, la asistencia sanitaria hacia todos los ciudadanos, y desde este punto de vista es desde el que se parte para dirigir el desarrollo de la misma.

Por ello, para hablar de esto, hay que hacerlo con racionalidad, libres de perjuicios, hay que ver cuál es la situación en la que nos encontramos, cuál es nuestra situación económica. Cuando se compara con países como Bélgica, Francia o Inglaterra, no se habla de cuál es la historia de la situación sanitaria de esos países. Además, la obligación del desarrollo de la Constitución, a través de la Ley General de Sanidad, es una obligación del Gobierno, de cualquier Gobierno, del socialista o del que sea, y los sectores privados tienen su oportunidad en el título IV de integrarse en este sector. Este es el problema; no es cuestión de plantear dos sistemas sanitarios, sino de la integración en el mismo. Como ya se ha dicho antes, hay unas condiciones previas para el mismo, el Gobierno tiene la obligación de optimizar sus propios recursos, dar preferencia a aquellos centros sin ánimo de lucro y que cualquier centro privado que se integre en este modelo debe reunir los requisitos de homologación, acreditación e inspección. Esto como requisito previo de carácter general, pero el Gobierno socialista tiene unos objetivos trazados en toda su estrate-

gía y es precisamente la que se basa en el documento patrocinado por la OMS, que es el denominado «Estrategia 2000 para todos», en el cual uno de los objetivos fundamentales son aumentar la calidad. La calidad de la asistencia sanitaria yo creo que ha aumentado considerablemente en nuestro país. Por otro lado, la disminución de las desigualdades, que es el reto no superado en nuestro país en estos momentos. Para ello se han creado las áreas y las zonas de salud. La unidad de área es algo fundamental para disminuir no solamente las desigualdades entre los ciudadanos, sino la desigualdad de acceso que tienen los ciudadanos españoles todavía a la sanidad. Aquí viene el problema. Se podría —y de hecho se puede— concertar con cualquier tipo de entidad pública, privada o de cualquier otro carácter; el problema es que todas estas entidades, primero, no rompan la unidad de área, que es un hecho fundamental. Se decía antes que la rigidez de nuestro sistema hace que el ciudadano no pueda optar a distintos modelos sanitarios y se le obliga a ir a los centros de la Seguridad Social. Si se consiente que se rompa esta unidad de área y todos los ciudadanos pudieran optar a cualquier hospital, los hospitales privados —no quiero meterme con ellos en estos momentos— irían precisamente donde es negocio, donde le es rentable al hospital, con lo cual la igualdad de acceso no se produciría. La capacidad de elección depende de la clase social a la que se pertenece y eso no lo debemos olvidar nunca.

Las premisas antes mencionadas se deben cumplir en cuestión de homologación, mecanismos de viabilidad y evitar elementos perversos que en algún momento de la historia de este país ha habido, porque ha habido una perversión histórica en la Sanidad que ha dado lugar a una suspicacia de la perversión, pero los socialistas hemos hecho un gran esfuerzo por superar todas estas suspicacias. La política del Gobierno en estos momentos se está realizando mediante conciertos con entidades privadas sometidas a estas normas que dicta la Ley General de Sanidad.

En este sentido puedo decirles que hay 101 conciertos con entidades privadas; hay conciertos con hemodiálisis y hemodonación; hay conciertos singulares con muchos hospitales provinciales, con la Cruz Roja; se ha creado una entidad de gestión pública para centros y fundaciones, como la Jiménez Díaz. Se están haciendo una serie de acciones en este sentido. También se están dando las resonancias magnéticas, que ahora me viene a la mente. ¿Qué ocurre con las resonancias magnéticas en muchos sitios de España? Vienen los centros privados y las ponen donde les es más rentable, no donde más lo necesita la población. ¿Qué ocurre? Que luego quieren que el Estado las pague. Después si el Gobierno las pone en aquellos lugares donde se necesitan, se enfadan. Esto ha sucedido. La gente quiere poner sus propios medios donde les son rentables y la obligación del Estado no es estar pagando aquellos centros que son rentables, sino mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos.

Por otro lado el Ministro García Valverde ha anunciado que en materia de accidentes laborales las empresas colaboradoras y mutuas de accidentes de trabajo podrán llevar todas estas cuestiones.

Quiero decirles, señores, que los centros privados pueden participar, junto con el sector público siempre que estén dispuestos a la planificación, que es obligación del Estado, a cumplir los artículos de la Ley General de Sanidad, el 66 y siguientes, como ha mencionado la representante de Izquierda Unida, que hablan de los controles de calidad asistencial a los que hay que someterse. Antes se hablaba de los indicadores de calidad en el sector público y no lo entiendo. El sector privado no se somete ni al gasto. En estos momentos no sabemos cuál es el gasto del sector privado. Lo deduce indirectamente el Instituto Nacional de Estadística, pero no sabemos cuál es el gasto. Sabemos que la evolución del PIB va bajando, me refiero respecto al coste de la vida, mientras que la evolución del PIB en el sector público va subiendo, pero no sabemos cuál es exactamente. No sé si es por algún tema fiscal; no sabemos exactamente cuáles son las condiciones de calidad del sector privado.

Planificación. Todo esto se hace con criterios de transparencia, de garantías de calidad y lo que es nuevo para evitar precisamente estas perversiones históricas de las que hablaba. Hasta estos momentos se pagaba por días de estancia, con lo cual se producían determinadas perversiones —repito— y en estos momentos se intenta que el pago se haga por proceso.

Señores del Grupo Popular ustedes no solamente tienen que presentar una ley genérica, una ley de principios en los cuales quizá podamos estar de acuerdo, porque la ley también obliga a aprovechar todos los recursos disponibles, sino que además tienen que decir qué modelo quieren; cómo se harían esas concertaciones; qué centros podrían hacerlo en estos momentos. La pregunta es ¿cómo sería la situación?, ¿cada uno va a ir al que quiere o al sitio que pueda? Esta es la diferencia que va a existir. Hay que mirar los aspectos positivos y negativos de cualquier iniciativa que se presente.

Nosotros no vamos a aceptar esta proposición no de ley, no por el principio de no aceptarla, sino porque creemos que cuando se plantea una iniciativa de este tipo hay que hacer un esfuerzo mayor para desarrollarla y decir lo que se quiere, los problemas que se plantean y si se está dispuesto a colaborar en la planificación y desarrollo de una ley que está produciendo en estos momentos grandes beneficios a todos los sectores de la sociedad. No la vamos a aprobar y confiamos que en otras circunstancias ustedes presenten una proposición más elaborada y puedan colaborar con el Estado en la planificación y desarrollo de la Sanidad y no que el Estado sea el que colabore con ustedes en el desarrollo de su modelo sanitario.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la votación.

Rogaría a S.S.S. que dadas las condiciones de la sala hagan pocos comentarios y, además, lo mas discretos también.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 7; en contra, 21.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A QUE ADOPTÉ LAS MEDIDAS OPORTUNAS PARA QUE DE OFICIO EL INSTITUTO NACIONAL DE EMPLEO (INEM) PROCEDA A REVISAR LOS EXPEDIENTES AFECTADOS, DESDE LA VIGENCIA DE LA LEY 31/1984, DE 2 DE AGOSTO, DE PROTECCIÓN POR DESEMPLEO, POR LA QUE SE MODIFICA EL TÍTULO II DE LA LEY 51/1980, DE 8 DE OCTUBRE, Y HASTA LA ENTRADA EN VIGOR DEL REAL DECRETO-LEY 3/1989, DE 31 DE MARZO, DE MEDIDAS ADICIONALES DE CARÁCTER SOCIAL, Y LIQUIDE A LOS BENEFICIARIOS LA DIFERENCIA DE PRESTACIONES QUE SE DESPRENDE DE LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE 14/01/91. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (número de expediente 161/000214)**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a que adopte las medidas oportunas para que de oficio el Instituto Nacional de Empleo (INEM) proceda a revisar los expedientes afectados, desde la vigencia de la Ley 31/1984, de 2 de agosto, de protección por desempleo, por la que se modifica el Título II de la Ley 51/1980, de 8 de octubre, y hasta la entrada en vigor del Real Decreto-ley 3/1989, de 31 de marzo, de medidas adicionales de carácter social, y liquide a los beneficiarios la diferencia de prestaciones que se desprende de la sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de enero de 1991, a solicitud del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Peralta. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

El señor **PERALTA ORTEGA**: Señorías, la Ley 31/1984, de protección de desempleo, por la que se modificaba la anteriormente vigente Ley Básica de Empleo, del año 1980, al fijar en su articulado los beneficiarios del subsidio por desempleo, modalidad ésta de carácter asistencial ya prevista por la anterior Ley del año 1980, así como la cuantía y duración del mismo, no establecía ningún tipo de distinción entre trabajadores fijos y trabajadores fijos discontinuos estableciendo, por lo que respecta al tema del subsidio, que los trabajadores, sin distinción, en situación legal de desempleo que hubieran agotado la prestación contributiva y tuvieran responsabilidades familiares serían beneficiarios del subsidio por desempleo por seis meses prorrogables hasta un total de 18 meses. Estas eran las previsiones de la Ley 31/1984.

Cuando se dicta el Real Decreto 625/1985, de 2 de abril, que desarrolla esta Ley, sin embargo nos encontramos con que el artículo 8.º 3 de este Real Decreto establece una diferencia en relación con el subsidio de desempleo entre los trabajadores fijos y los trabajadores fijos discontinuos, de tal modo que éstos últimos no tendrán derecho al subsidio por un período de seis meses prorrogables, hasta un total de 18, sino que su derecho al subsidio de desempleo se condiciona a la equivalencia al número de meses cotizados en el año inmediatamente anterior al de solicitar el subsidio. Esta diferencia entre las previsiones reglamen-

tarias y legales ha sido objeto de numerosas polémicas judiciales, polémicas judiciales que han terminado con la sentencia de 14 de enero de 1991 que se cita en la proposición no de ley de Izquierda Unida que en estos momentos defiende. Esta sentencia del Tribunal Constitucional ha establecido, con carácter definitivo, que en esta discrepancia entre el Reglamento y la ley debe prevalecer la Ley y que, en consecuencia, no se puede aplicar el precepto reglamentario a que antes hacía referencia. Como consecuencia de ello es evidente que los trabajadores fijos discontinuos desde la entrada en vigor de la Ley 31/1984 tenían y tienen derecho a que su prestación de subsidio por desempleo se regule por la citada Ley, es decir, seis meses prorrogables hasta un total de 18 meses, y en tal sentido deben considerarse contrarios a derecho los reconocimientos de prestaciones que se han hecho en base a lo dispuesto en el Real Decreto 625/1985, reconociéndoles tantos meses de subsidio como habían cotizado en el año inmediatamente anterior.

La realidad de este criterio judicial no es objeto de dudas. Es una sentencia del Tribunal Constitucional y no ofrece la menor posibilidad de revocar este criterio; Pero, evidentemente, no es éste el contenido de nuestra proposición. De acuerdo con las disposiciones legales y de acuerdo con las propias disposiciones constitucionales, el criterio fijado por el Tribunal Constitucional es inamovible; por tanto, nosotros no vamos a discutir este aspecto. Lo que planteamos en esta proposición no de ley, y lo que hoy Izquierda Unida somete a la consideración de SS.SS. es que ese criterio establecido por el Tribunal Constitucional con carácter definitivo, con carácter inamovible, sea cumplido por la Administración Pública con carácter de oficio, que no quede sometido al conocimiento que puedan tener los ciudadanos de una sentencia del Tribunal Constitucional, que es verdad que se ha publicado en el «Boletín Oficial del Estado» y que es verdad, como decimos los juristas, que la ignorancia de las leyes no exime de su cumplimiento y en tal medida en que ha sido publicado en el «Boletín Oficial del Estado» cabe presumir su conocimiento general; pero no es menos verdad que ese diario, el antiguo «Diario de Madrid» es poco conocido y poco leído —no sé si afortunadamente—, por los ciudadanos que encuentran otras lecturas más amenas. Lo evidente es que la Administración Pública en un Estado social de Derecho, como es el Estado español, de acuerdo con la Constitución, no puede considerar cumplido el criterio establecido por el Tribunal Constitucional con la mera publicación de la sentencia en el «Boletín Oficial del Estado». La Administración de un Estado social de Derecho debe hacer algo más, máxime cuando se hace referencia a unos ciudadanos que se encuentran en una situación tan socialmente débil como que el propio Estado tiene que establecer prestaciones asistenciales en favor de los mismos. Estas prestaciones asistenciales son un ejemplo claro de la solidaridad que debe existir en una sociedad democrática y van referidas a los ciudadanos que se encuentran en una posición más débil socialmente. Precisamente porque ésa es la situación de los ciudadanos beneficiarios de este criterio establecido por el Tribunal Constitucional pa-

rece que cabe pedir de la Administración de un Estado social de Derecho que en correspondencia y en aplicación práctica de esa solidaridad proceda de oficio a revisar los expedientes de reconocimiento de subsidio por desempleo a partir de la Ley 31/1984 y hasta la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 3/1989, que con carácter de ley modificó las previsiones de la Ley anterior, 31/1984, dando valor legal al criterio que se contenía en el Real Decreto 625/1985, de 2 de abril, y por otra parte proceda a liquidar las diferencias oportunas. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)** Actuar en sentido contrario nos parece una actuación pasiva, por parte de la Administración; es descargar sobre los ciudadanos, ciudadanos que se reconoce que están en una posición especialmente débil, la necesidad de que tengan que agilizar los trámites, actuar los trámites judiciales, con el costo que ello conlleva y sin que ofrezca la menor duda el resultado judicial, porque ese resultado judicial tiene que producirse necesariamente en aplicación de esta sentencia del Tribunal Constitucional. No hay ningún litigio jurídico en el tema, es obligar a que los ciudadanos, simplemente para que les reconozcan el derecho fijado por el Tribunal Constitucional, tengan que recurrir a la jurisdicción social, al Juzgado de lo Social.

Esa actuación —haciendo referencia a discusiones anteriores— desconoce la desigualdad social existente en nuestro país. No todos los ciudadanos pueden recurrir a procedimientos legales, porque aunque la administración de Justicia sea gratuita en el tema social, es verdad que hay otra serie de mecanismos que no son gratuitos y esos mecanismos no se prestan en igualdad de condiciones en todos los lugares de la geografía de nuestro país; es más fácil acceder a ellos en determinados núcleos urbanos y de población que en otros. Sin embargo nos parece que la Administración del Estado está en perfectas condiciones para proceder de oficio a revisar esos expedientes y a liquidar esas diferencias, diferencias que legalmente se adeudan y que, en consecuencia, pretender no pagarlas, haciendo uso de la posibilidad de que los trabajadores desconozcan estos derechos o que con el transcurso del tiempo prescriban estos derechos, nos parece que es una posición por parte de la Administración que no se corresponde con el carácter de Estado social de Derecho que nuestra Constitución proclama.

Por todo ello, señorías, me permito solicitar su voto a favor de esta proposición no de ley de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Robles.

El señor **ROBLES OROZCO**: Señor Presidente, voy a intervenir muy brevemente para expresar nuestro apoyo a la proposición no de ley de Izquierda Unida que de lo que trata, efectivamente, es de dar cumplimiento a la sentencia del Tribunal Constitucional por vulneración del principio de igualdad, referido al artículo 8.º 3 del Real Decreto 625.

Nosotros creemos que una vez producido este tema debe ser el INEM el que revise de oficio los expedientes afec-

tados; es la única forma de evitar a los interesados que tengan que recurrir a los tribunales. Por no volver a reiterar todos los argumentos expresados y por no volver a leer los términos de la sentencia, quiero decir que no encontramos otra fórmula adecuada para garantizar los derechos efectivos reconocidos en esta sentencia del Tribunal Constitucional que no sea la de que, de oficio, el INEM revise los expedientes de los afectados.

Por esta razón y por los términos de la propia sentencia, que efectivamente deja claro que hay una vulneración de la igualdad ante la ley, es por lo que nuestro Grupo va a apoyar la proposición no de ley del Grupo de Izquierda Unida.

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

El señor **DIÁZ POZAS**: Señor Presidente, la proposición no de ley que se está debatiendo, a propuesta de Izquierda Unida, se fundamenta en una sentencia del Tribunal Constitucional y hay que leer el final de esa sentencia para ver lo que dice. Hace hincapié en el artículo 14 del Real Decreto de 1984, y en el artículo 14, pero no en toda su extensión, porque en el punto 4, por ejemplo, dice: Se autoriza al Gobierno, previo informe al Consejo General del INEM, para modificar la cuantía y duración del subsidio en función de la tasa de desempleo y las posibilidades financieras del sistema. Luego hay un Decreto del año 1985 donde está aplicado el artículo 8.º 3 que es el que se recurre en la sentencia.

Como muy bien ha dicho el representante de Izquierda Unida hay una sentencia del Tribunal Constitucional. Bien, apliquemos la sentencia del Tribunal Constitucional. En ningún momento la sentencia del Tribunal Constitucional dice al Gobierno que debe eliminar una norma, la norma de 1985, por la norma del Decreto de 1984, en referencia al artículo 14. Lo que dice el fallo del Tribunal Constitucional es: primero, anular la sentencia de Magistratura del Trabajo número 1, de Navarra, del 8 de junio de 1988; segundo, reconocer el derecho de la recurrente a la igualdad ante la Ley, y, por consiguiente, a que no le sea aplicada la previsión contenida en el artículo 8.º 3 del Real Decreto 625/1985, de 2 de abril.

No dice que haya que modificar norma alguna. Nosotros creemos que con el punto 4 del artículo 14, donde se nos dice que, por una serie de razones, se puede aplicar una fórmula diferente, es suficiente para aplicar lo que se está aplicando hasta ahora. Habrá que decir desde cuándo hasta cuándo se puede aplicar el artículo 14. Nosotros consideramos que hasta el Real Decreto de 1985. Hay un fallo del Tribunal Constitucional, pero es individual, no dice que hay que modificar norma alguna, y, por tanto, no se puede decir en la proposición no de ley que el Gobierno no está actuando correctamente, porque no es cierto; está aplicando normas recogidas, incluso, en el artículo 14.4 de la Ley de 1984. Por consiguiente, no se puede decir que no se está aplicando correctamente la sentencia ni el cumplimiento de la sentencia. La sentencia está cumplida. Si a la recurrente se le ha pagado y se le ha anulado

la sentencia del Juzgado de Pamplona, se ha hecho todo lo que decía la sentencia del Tribunal Constitucional.

El Grupo Socialista va a votar en contra de la proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Díaz Pozas. (El señor Peralta Ortega pide la palabra.)

No hay turno de réplica, señor Peralta. Tenemos muchísimas proposiciones no de ley y, como éste es un debate eterno entre usted y yo, hoy no hay turno de réplica, turno de aclaraciones ni turno de puntualizaciones.

Vamos a pasar a las votaciones.

El señor **PERALTA ORTEGA**: No pretendo, señor Presidente, que me deje intervenir, entre otras cosas, porque no sabe si voy a solicitar un turno de réplica o si le voy a decir que hace mucho calor en la sala.

El señor **PRESIDENTE**: Lo cual es irrelevante, después de la intervención del señor Díaz Pozas.

El señor **PERALTA ORTEGA**: ¿Me permite intervenir, señor Presidente?

¿El señor **PRESIDENTE**: ¿Sobre qué?

El señor **PERALTA ORTEGA**: Si me permite, se lo digo. Si no me deja hablar...

El señor **PRESIDENTE**: ¿Sobre qué? Explíqueme sobre qué va a intervenir.

El señor **PERALTA ORTEGA**: El Reglamento dice que en cualquier momento en que sean contradichos los argumentos...

El señor **PRESIDENTE**: Usted sabe que éste es un argumento excesiva y falsamente usado. En un procedimiento como la proposición no de ley, está perfectamente tasado. El proponente hace una serie de argumentos y los grupos plantean su posición. Siempre que haya una posición contraria a la del proponente, es contradicho. Si fuera así, habría que aplicar ese punto. Es, además, doctrina del Presidente de la Cámara. Creo que me ha salido adecuadamente con respecto a sus plantamientos y, por tanto, no le doy la palabra para replicar.

El señor **PERALTA ORTEGA**: Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: De nada. Pasamos a las votaciones.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 10; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE PRESENTE UN PROGRAMA OPERATIVO QUE DESARROLLE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS DE CARA A LA INTEGRACION DE CENTROS BASICOS DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO GENERAL. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 161/000218)

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la cuarta proposición no de ley por la que se insta al Gobierno para que presente un programa operativo que desarrolle infraestructuras sanitarias de cara a la integración de centros básicos de salud mental en el sistema sanitario general, a solicitud del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALÓN RICO**: Señor Presidente, hace unos meses —dos o tres aproximadamente—, el Grupo Popular presentaba esta iniciativa que ahora debatimos. En su momento, desconocíamos el informe del Defensor del Pueblo; desconocíamos un trabajo realizado en la Universidad de Zaragoza por el Profesor Seba y, por supuesto, desconocíamos casos puntuales que han aparecido en la prensa nacional sobre cuestiones de atención psiquiátrica, en atención a la salud mental, como es el caso de Zaragoza, de un oligofrénico profundo, con deficiencia mental severa, que no fue atendido en centro alguno, y también desconocíamos el caso del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel, de León, donde, como es conocido, ha intervenido, incluso, el Ministerio Fiscal.

Nosotros, en su momento, presentamos esta proposición no de ley ante el conocimiento de la situación sanitaria en materia de salud mental y psiquiátrica que nos parecía deficiente, mal estructurada, ya que creíamos que no se había desarrollado la Ley General de Sanidad como se establece en el artículo 20, en el apartado dedicado a la salud mental, donde, más o menos, se estructura la salud mental sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las personas que requieren servicios sanitarios y sociales.

Como decía anteriormente, nos pareció oportuno presentar esta proposición no de ley para colaborar a la mejor estructuración de la sanidad mental. A esta iniciativa presentada por lo que creíamos una deficiente estructuración de la sanidad en materia de psiquiatría y atención mental, se añaden los casos que mencionaba al principio, por lo que no me queda más remedio que referirme al informe del Defensor del Pueblo que, en materia sanitaria, podríamos considerar que dentro de este segundo apartado en importancia sobre la sanidad, es en el dedicado a la salud mental donde se establece, entre otras cuestiones, la precaria situación de los centros de salud mental, la extrema masificación de buena parte de los hospitales psiquiátricos y de aquellos hospitales generales que tienen unidades de psiquiatría; igualmente se criticaban en dicho informe las funciones de asilo que en algunos centros se establecían en lugar de funciones terapéuticas a estos enfermos. También se criticaba la falta de cobertura por

parte de la Seguridad Social de la especialización psiquiátrica y la coordinación de las diferentes administraciones en materia sanitaria que se pone más de manifiesto en la atención psiquiátrica, ya que están muy desligadas las diferentes administraciones que se ocupan de este tema.

Me tengo que remitir al informe del catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, Profesor Seba, que en un estudio en un estudio multicéntrico, realizado con 300 profesionales a nivel europeo, se establecían algunas cuestiones de interés para la sociedad española y para lo que ahora nos ocupa. Entre las cuestiones de ámbito general, se decía que la salud mental de los españoles es similar a la del resto de los europeos, sin establecer grandes diferencias según los niveles sociales o económicos que pudiera haber entre los diferentes países, en tanto que se establecía —coincidimos en la cuestión de nuestro país— que la atención psiquiátrica está por debajo de la media europea. Así, por ejemplo, tenemos seis psiquiatras por cada 100.000 habitantes, siendo casi la mitad de alguno de los países de la Comunidad Económica Europea. La falta de articulación en la asistencia psiquiátrica, al depender de diferentes administraciones, apoya lo manifestado por el informe del Defensor del Pueblo y la crítica se manifiesta hasta el punto de que en este trabajo multicéntrico de la salud mental europea, donde, lógicamente, estaba la contribución española, no se puede incluir a nuestro país en el apartado de asistencia psiquiátrica, porque no tiene la infraestructura mínima para entrar en un trabajo científico de cierta categoría sobre lo que se establece en el resto de Europa.

Por último, me tengo que remitir, lógicamente, a casos aparecidos en prensa, como he dicho antes, por ejemplo, el caso de Zaragoza. Un deficiente mental severo, oligofrénico, agresivo, el medio lo titulaba seguramente de forma llamativa, que tiene que estar con camisa de fuerza, recluido en su casa; este paciente, acompañado lógicamente de sus padres, hizo un largo deambular por los diferentes hospitales de la ciudad de Zaragoza, no siendo ingresado en ninguno de esos centros. Aquí habría, lógicamente, que reprochar y criticar a las diferentes administraciones sanitarias que hay en esa ciudad porque estos ciudadanos acudieron a hospitales del Insalud, acudieron a instituciones locales, acudieron a hospitales de la Administración autonómica y en todos, la respuesta fue la misma.

De la misma forma me tengo que remitir, como decía al principio, al Hospital Santa Isabel, de León, que ha obligado a intervenir al Ministerio Fiscal para investigar los sucesos allí acaecidos y depurar las responsabilidades que fueran oportunas, donde se manifestaba que había pacientes que estaban atados a las camas y la atención que recibían, tanto desde el punto de vista sanitario, como desde el punto de vista social, era bastante deprimente.

Por todo lo expuesto, que se añade a lo indicado ya en la Ley General de Sanidad que establece la potenciación de los recursos asistenciales a nivel comunitario y los sistemas de hospitalización parcial, los centros básicos de salud mental y la atención a domicilio, juntamente con la falta de coordinación entre las diferentes estructuras dependientes del Estado, es por lo que nosotros presentamos

esta iniciativa con varios fines: arbitrar el necesario soporte de infraestructuras materiales y humanas para la atención en régimen abierto; coordinar las administraciones afectadas; garantizar la continuidad de las atenciones a los pacientes psiquiátricos, especialmente a los enfermos crónicos, para desarrollar la atención a domicilio de los enfermos mentales y para arbitrar criterios rigurosos en el tratamiento de los pacientes agudos.

Ante una situación especialmente anómala en la sanidad como es la atención a la salud mental de forma global, el Grupo Popular quiere colaborar en la mejora de esa parcela sanitaria y entiende que esta es una iniciativa que puede constituir el primero o los primeros pasos en lo que podríamos denominar el largo caminar para dar solución a los servicios sanitarios que la sociedad española está demandando a todas las instituciones, desde el Gobierno, al resto de las instituciones públicas nacionales.

Por todo ello, solicitamos a los diferentes grupos de esta Comisión que apoyen esta iniciativa porque creemos que puede contribuir, como decía, a solucionar un tema que en estos momentos está un poco deprimido y que está poco atendido en general.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieren intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Quiero intervenir para argumentar brevemente el apoyo de Izquierda Unida a esta proposición no de ley del Grupo Popular que parece especial y desgraciadamente oportuna.

Quiero plantear que tanto los principios reseñados en la Ley General de Sanidad respecto a la salud mental, como los que hace mención el propio Grupo Popular en su intervención, son principios de política sanitaria que comparte Izquierda Unida; son los principios que han llevado al propio Gobierno a definir las líneas de lo que debía ser la reforma sanitaria en salud mental. Sin embargo, en este caso es patente que la declaración de intenciones y la declaración de principios no se ha seguido con las políticas y la dotación de recursos necesarios para llevarlos a cabo.

Quiero recordar aquí que la línea de pensamiento en salud mental, definida como la desinstitutionalización que supuestamente todos los grupos presentes aquí compartimos, tiene lugar en Europa en los años que se desarrollan las políticas del Estado de bienestar, y tiene quizá su máximo exponente en Italia con la corriente Psiquiatría democrática. El planteamiento de base es que los manicomios, los antiguos centros de enfermos mentales crónicos, cumplieran un papel fundamental de control social y en absoluto cumplieran tareas de tratamiento y de reinserción social de los enfermos mentales. Por tanto, con estos objetivos estrictamente sanitarios, el punto de partida debía ser la reinserción y el tratamiento del enfermo mental en su ámbito comunitario. Por consiguiente, la ruptura de las cadenas reales y teóricas que ataban a los enfermos mentales, aunque no tan teóricas como el señor Diputado

del Grupo Popular ha señalado recientemente en el caso del Hospital de León, debían corresponderse con una dotación de recursos sanitarios y sociales que correspondieran a otra filosofía.

Es verdad que la propia Ley General de Sanidad y el desarrollo legislativo posterior ha llevado a situar el ámbito de competencias de la salud mental en las administraciones autonómicas; sin embargo, la Ley General de Sanidad señalaba a qué principios y actuaciones debían atenerse dichas administraciones sanitarias. No voy a repetirlos porque se han indicado anteriormente y supongo que están en la mente de todos los grupos aquí presentes. Es patente, en primer lugar, la insuficiencia de recursos, tanto sanitarios como sociales, con que se está produciendo el proceso de desinstitucionalización, la puesta en práctica de la reforma sanitaria en salud mental y las flagrantes desigualdades entre comunidades autónomas. Si es una realidad que el sistema sanitario difiere de manera importantísima de unas comunidades autónomas en general, en lo que a atención en salud mental se refiere, las diferencias pueden calificarse de abismales.

Quiero recordar aquí que el retraso en el desarrollo de la atención primaria, está repercutiendo gravemente sobre la calidad de la reforma sanitaria en salud mental. Las líneas fundamentales de la reforma sanitaria en salud mental aludían a los centros de atención primaria, desde mi punto de vista con mucha corrección, como el eslabón fundamental de atención a la población en salud mental y del desarrollo de los programas en salud mental. La Memoria del Insalud, de 1989, última de la que disponemos, señalaba que ningún centro de atención primaria del Insalud no transferido, ninguno, llevaba a cabo programas de salud mental en atención primaria; es decir, los cimientos del sistema están de momento fallando estrepitosamente. Son datos de la Dirección General del Insalud; por tanto, la caracterización de los servicios especializados como servicios de apoyo a la atención primaria están absolutamente devaluados desde el mismo planteamiento en que el pilar sobre el que se apoyan no existen, por no decir la situación de los servicios sociales y la intensa precariedad de recursos comunitarios de todo tipo.

Supongo que la intervención de los diputados del Grupo Socialista contradirán estas afirmaciones; sin embargo, a mí me gustaría que por una vez, en lugar de tratar de un ejercicio dialéctico en la defensa o en la oposición, principios ideológicos que por otra parte compartimos, se apoyara esta proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular que, al fin y al cabo, lo que pretende es que el Gobierno remita a esta Comisión un programa de trabajo en el que no solamente se establezcan principios y grandes objetivos sino que se definan los tiempos de realización de las actividades y, lo que es más importante, un programa progresivo de dotación de recursos que permita llevarlo a cabo.

Por mi parte, nada más.

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

El señor **PALACIOS ALONSO**: Voy a procurar ser breve en un tema muy delicado y sobre el que durante el debate de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, nos tocó vivir la defensa de la desaparición de un sistema manicomial institucionalizado, donde en estos centros no solamente se encontraban ingresados enfermos mentales sino enfermos oligofrénicos profundos, que no correspondían con las pautas de asistencia.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Palacios, acérquese un poco más al micrófono, si es posible.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Muchas gracias, señor Presidente.

En este sentido, nosotros consideramos que era preciso acabar con aquella vergüenza de carácter sanitario, y creo que fue uno de los grandes logros de la Ley General de Sanidad establecer criterios nítidos sobre cuáles habían de ser las pautas de asistencia al enfermo mental. En el artículo 20 queda perfectamente definido, y, de alguna forma, aunque no en su globalidad, el señor Villalón ha expuesto cuáles eran estos contenidos, pero me va a permitir que insista más en ellos, porque darán claridad sobre la oportunidad o no de la presentación de esta proposición no de ley. En principio, en el artículo 20 se establece la equiparación del enfermo mental a cualquier otro enfermo en términos de utilización del sistema o a cualquier enfermo general de una manera integral, incorporándolo a este sistema con este carácter general.

Pasaría la asistencia a la salud mental por fases distintas, la primera fase de diagnóstico, que se realizaría en los centros de salud fundamentalmente como se está haciendo. Permítame la señora Maestro que le rectifique una vez más en estas cuestiones, puesto que muy concretamente en la Comunidad que yo conozco en todo los centros de salud no transferidos se está realizando prevención al diagnóstico de salud mental. Usted dirá lo que quiera pero estamos acostumbrados que usted diga no a casi todo. De todas maneras, esto es así; qué le vamos a hacer.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Palacios, fije posiciones; no rebata argumentaciones; es la posición del grupo, por favor.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Sí, señor Presidente. Muchas gracias.

Se decía en la Ley que los enfermos agudos serían desmanicomializados y llevados a los hospitales generales, públicos o privados, que, a tenor de los artículos 65.2 y 66 de la Ley General de Sanidad, puedan estar concertados. Lo que ocurre es que muy pocos centros privados han hecho concertación para asistencia psiquiátrica, lo cual no deja de ser sorprendente, vistas las intenciones de contratación que decía el señor Diputado. Los enfermos crónicos tendrían asistencia de carácter menor psiquiátrico y la tendrían más de carácter residencial. No hay que olvidar que en aquel entonces nosotros teníamos enfermos que llevaban hasta cuarenta años institucionalizados; que la media de los enfermos crónicos era de trescientos días —los

restantes días eran para pasar con su familiaa el tiempo de humanismo familiar—, pero el resto del tiempo estaban en una media de doscientos ochenta a trescientos días institucionalizados; que la institucionalización de los enfermos mentales en los centros universitarios, por ejemplo, y en otros clínicos era de veinticinco días y que la media europea era de doce a catorce días. Por tanto, con esto había que acabar rotundamente.

Hay provincias, hay Comunidades Autónomas en las cuales ha desaparecido totalmente el sistema manicomial. Se ha institucionalizado el contenido de la Ley General de Sanidad, de manera que los centros públicos contienen referencias para estos agudos.

En cuanto a los enfermos intermedios, la Ley establece, también el artículo 20, que sean atendidos desde perspectivas sanitario-sociales lo cual exige la concertación y la actuación de otras instancias o de otros departamentos de la Administración.

Tiene razón el señor Villalón cuando dice que es posible que haya fallos de las distintas administraciones, como es el caso penoso de León. Lamento muchísimo estos casos que evidentemente no se corresponderían con la propia proposición puesto que usted hace referencias a unidades básicas que no iban a tratar a un enfermo o a un oligofrénico profundo, pero la organización que ha fallado en este caso es la de la Comunidad Autónoma que dirige su Grupo. Por tanto, convenía que también allí hiciesen el esfuerzo para que las cosas funcionasen bien.

No es correcto —permítame que diga esto, señor Presidente, aunque vaya del todo al fondo de la cuestión— que la referencia de la sanidad siquiátrica española no estuviera en el informe europeo; no es cierto, no es correcto. Tengo que decirlo con estas palabras porque decir otra cosa sería un eufemismo o fallar a la verdad. En los documentos de la OMS se hace referencia a todos y cada uno de los datos que concurren en la asistencia mental en España.

Ya se ha dicho aquí, y eso posiblemente hubiese hecho inútil el debate, que el 56 por ciento de las transferencias están hechas a las comunidades autónomas y cuanto concierne a los aspectos psico-sociales son competencias de estas propias comunidades. En consecuencia, debía ser un planteamiento que se hiciera en las propias Comunidades para que funcionasen en términos reales para que no se produjeran estas situaciones y para que realmente se cumpliera la legislación de carácter básico.

Lo que sí puedo decirles es que realmente, en función del Capítulo IV ya citado, artículo 70, se establece lo que son competencias de las comunidades autónomas y más adelante de los entes locales; se establece la realización de planes de salud entre las comunidades autónomas y el Estado y también los planes de salud conjuntos que se harían a través del Consejo interterritorial del sistema Nacional de Salud. He de decirles que el plan que se refiere a la salud mental para 1990 y 1991 ha sido hecho de acuerdo con las comunidades autónomas, el 30 de junio de 1990, precisamente en la institución donde pueda hacerse y donde todas se convocan, que es el Consejo interterritorial del sistema Nacional de Salud.

No obstante las transferencias a estas Comunidades, sí es cierto que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto en funcionamiento a través de estos mismos planes lo que son las unidades de salud mental. En Madrid hay experiencias, también en Asturias, que en este sentido puedo decir que fue una adelantada en materia de asistencia psiquiátrica por la legislación propia de 1985 y la creación de unidades de salud mental para adultos y para niños que evidentemente ponen de manifiesto un interés del Gobierno un interés de la administración de Sanidad y Consumo para que el cumplimiento de la Ley de Sanidad sea efectivo en los términos que hace referencia a la salud mental, según el artículo 20.

También en el plan piloto número 3, de la Comunidad de Madrid, se han hecho cosas en relación con la atención a la salud mental de unidades básicas. Yo creo que la creación de estas unidades de salud mental cubre en buena parte lo que son las preocupaciones, muy específicamente en lo que concierne al Ministerio de Sanidad, planteadas en esta proposición y es un hecho que estando ya ahí, que, habiéndose producido en gran medida el hecho desmanicomializador, diría que en su total medida, y salvando estos casos lamentables que se producen aquí y allá, el Gobierno ha puesto en marcha el mecanismo de las unidades de salud mental para adultos e infantiles e incluso algunas acciones de carácter intermedio, como asistencia a domicilio, en relación con el Ministerio de Asuntos Sociales, que evidentemente indican que se está en el camino señalado por la Ley, lo cual nos impide apoyar la propuesta tal y como viene formulada.

Recuerdo, una vez más, que al hacer referencia a las comunidades que, teniendo transferidas esas competencias, puedan cometer ciertas incordinaciones o ciertas insuficiencias en la gestión y en su funcionamiento, sería conveniente que aquellas que son de mandato de S.S. pusiesen mayor énfasis en que cumplieran con su carácter gestor.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a las votaciones.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 9; en contra, 18; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A PRESENTAR A LA CAMARA UN «PROGRAMA ESPECIAL DE ATENCIONES SANITARIAS A LA TERCERA EDAD». A SOLICITUD DEL GRUPO POPULAR (Número de expediente 161/000224)**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, les rogaría que guardaran silencio, porque las condiciones de la sala hacen que el murmullo haga difícil el trabajo de los taquígrafos. Por tanto, los movimientos de S.S.SS. y las conversaciones hacen que su trabajo reúna unas condiciones más difíciles de las que tenemos en estos momentos. Por todo ello, les ruego que tengan a bien permanecer en silencio.

La segunda observación es que voy a ser riguroso en el

tiempo porque estoy comprobando que algunas de SS.SS. se exceden en el marcado. Son turnos de diez minutos y los aplicaré a partir de ahora con el fin de poder acabar el orden del día.

Entramos en el debate de la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a presentar a la Cámara una «Programa especial de atenciones sanitarias a la tercera edad», a solicitud del Grupo Popular. Tiene la palabra la señora Izquierdo.

La señora **IZQUIERDO ARIJA**: Gracias, señor Presidente. Procuraré atenerme al tiempo, ya que va a empezar a rigurosidad conmigo.

Pese a que la Ley de Sanidad no hace mención expresa a los problemas que en materia asistencial y de prevención plantea la tercera edad, el contenido genérico de algunos de sus artículos permite la concreción en su aplicación a quienes por sus características específicas y especiales requieren sean atendidos específicamente.

Estamos asistiendo a un cambio sustancial no sólo de lo que ha sido tradicionalmente la familia española, en la que convivían normalmente varias generaciones, sino también en la edad de los miembros que componen la sociedad actual. Consecuentemente, la población mayor de 60 años crece a un ritmo mayor que el conjunto global de la población, por lo que los afectados por la problemática sanitaria asistencial de la tercera edad serán cada vez más numerosos en términos absolutos y porcentuales, y a nadie se le oculta que las enfermedades aumentan con la edad.

Las personas mayores se ven afectadas especialmente por enfermedades crónicas y trastornos en su organismo, acentuándose las afecciones psiquiátricas y los problemas de dependencia e incapacidad, siendo por tanto las personas de la tercera edad los mayores consumidores de servicios sanitarios, por lo que los patentes defectos, tantas veces denunciados aquí, de la sanidad española son estas personas de tercera edad quienes padecen en un mayor grado las insuficiencias del actual sistema sanitario.

La tercera edad demanda actuaciones específicas. Para subsanar el silencio de la Ley de Sanidad es precisa y urgente la elaboración de un programa especial de atenciones sanitarias a la tercera edad al tiempo que resulta ya imprescindible avanzar en un proceso de integración y coordinación entre los llamados servicios sociales y los servicios sanitarios, y entre los servicios sanitarios entre sí para, así, perfeccionar y elevar la calidad de las atenciones que dispensamos a las personas de tercera edad, procurando en lo posible que esta atención sea en su propio domicilio, por lo que es imprescindible en la coordinación con las comunidades autónomas arbitrar los servicios necesarios para llevar a cabo este tipo de asistencias, superando el abandono de la geriatría, potenciando las unidades geriátricas en los hospitales y aumentando el número de especialistas que actualmente está en el 0,4 por ciento en los programas MIR.

Si la prevención siempre es importante en materia sanitaria, debe ocupar un lugar destacado cuando nos referimos a este sector de población. Es imprescindible

generalizar para los mayores de 60 años la práctica de exámenes periódicos de salud para detectar sus factores de riesgo y descubrir precozmente sus enfermedades y disfuncionalidades físicas y psíquicas, especialmente en cuanto a hipertensión, prevención de accidentes vasculares, osteoporosis, diabetes, cáncer, trastornos sensoriales, etcétera, etc. haciendo campañas divulgativas al respecto y potenciando la investigación sobre temas relacionados con el envejecimiento y las condiciones psicofísicas de los mayores para su aplicación práctica en las personas de tercera edad.

Las expectativas de vida derivadas de un mejor nivel de vida y del avance de la medicina ha propiciado que el número de personas mayores de 80 años en nuestro país haya aumentado de manera considerable, y estas expectativas van en incremento, llevando consigo un aumento considerable de la atención específica al aumentar las deficiencias de movilidad y acentuarse las enfermedades crónicas, siendo preciso, por ello, superar una política tendente a la supresión de plazas hospitalarias de modo que el número de camas por enfermos crónicos, que en estos momentos está en el 0,3 por mil pase a alcanzar en 1994 el índice del uno por mil. A partir de esta fecha, a tenor del incremento de la población, iremos adecuando las plazas hospitalarias para crónicos.

Mención especial en este período de vida que nos ocupa son las atenciones psiquiátricas. Ha de recordarse la incidencia de la demencia senil, el acentuamiento que hay de las enfermedades psiquiátricas en este tipo de población. Ayer aparecía en un medio de comunicación social que para el año 2000 se espera justamente para este país 500.000 personas con trastornos cerebrales. Esto hay que tenerlo muy en cuenta. Por ello, debemos propiciar las necesarias infraestructuras físicas y de personal especializado para este tipo de atenciones.

Para facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las personas de tercera edad sería conveniente dotar a estas personas, a partir de los 60 años, de una cartilla sanitaria especial con carácter individual, estableciendo una normativa que permita a las personas de esta edad estar permanentemente acompañadas en el caso de tener que sufrir hospitalización, así como en todo caso estar exentas de cualquier tipo de participación o tasa en el costo de los servicios que les dispensemos. El derecho a la salud es un derecho constitucional reconocido para todos los españoles en la Constitución, pero sobre todo para la tercera edad en el artículo 50 hay una mención especial en la cual dice que los poderes públicos habrán de garantizar aquellos servicios necesarios para que la tercera edad tenga derecho a la salud.

Por tanto, creo que en estos momentos estamos faltando a un deber constitucional y a un mandato constitucional no teniendo un tratamiento específico para las personas de tercera edad. De aquí la importancia de la proposición no de ley que hemos presentado a la Cámara esta mañana en unos momentos que parece ha habido varias iniciativas parlamentarias en la Cámara para preocuparnos por los temas de tercera edad. Creo que debemos de pasar todos a decir que nos solidarizamos con esta etapa

importante de la vida a la que todos estamos abocados a llegar, en algunos casos a un corto plazo de tiempo, para pasar a las realizaciones. No sólo son palabras y promesas, llenarnos la boca de expectativas y de buenos augurios, sino que debemos hacer algo más práctico, que es tener una ley especial dentro del régimen de la Seguridad Social para la sanidad de tercera edad.

Por ello quisiera que todos ustedes contemplaran la posibilidad de apoyar esta proposición no de ley que presentamos en la Cámara esta mañana, y por mi parte, pidiéndoles, por favor, que la apoyen, no tengo nada más que añadir.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Izquierdo, ha estado usted ajustada a su tiempo.

¿Grupos parlamentarios que quieren intervenir? (**Pausa**).

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, me encuentro en una especial dificultad porque no he acabado de entender bien qué nuevas cosas pide el PP para la tercera edad. Lo que pasa es que por tendencia natural mi Grupo y yo siempre estamos dispuestos a apoyar cualquier cosa que pueda significar mejorar algo la situación de la tercera edad en nuestro país. Entendemos que un país progresista que no cuide a sus mayores no se puede llamar progresista.

Creo que hay legislación suficiente para proteger a nuestros mayores. En todo caso, lo que hay que hacer es que se cumpla, vigilar su cumplimiento y estar dando los recursos necesarios a las instituciones que se ocupan específicamente de la tercera edad para que se cumpla la legislación. En fin, en todo caso ante la duda, voy a votar favorablemente esta proposición no de ley para que se tenga en cuenta por sí, teniéndose en cuenta, se mejora en algo la situación de la tercera edad en nuestro país.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Mi Grupo también va a apoyar la proposición no de ley entendiendo que lo que pretende el Grupo Popular no es una nueva legislación sino la presentación por parte del Gobierno de un programa de atención sanitaria para la tercera edad, insisto en el mismo sentido que la Proposición no de Ley anteriormente discutida, con la correspondiente dotación de recursos. Me alegra que se hable de la tercera edad no para hacer referencia al envejecimiento de la población en relación con las dificultades presupuestarias que origina a la Seguridad Social o al sistema sanitario el incremento porcentual de este grupo de población, sino para que se hable de la tercera edad precisamente para intentar tener en cuenta estas modificaciones cualitativas en la composición demográfica de nuestra población. En este sentido, me gustaría insistir en un dato que a menudo se olvida cuando se dice que la población está envejeciendo, entendiéndose que

una población vieja es una población menos dinámica, con menos posibilidades de desarrollo.

Quiero recordar algo que puede parecer una perogrullada, pero el envejecimiento de la población es bueno; una población envejecida es una población desarrollada por definición, es decir, que el envejecimiento de la población española es un símbolo del desarrollo socioeconómico general.

Por otro lado, el envejecimiento de la población no viene demográficamente determinado porque haya disminuido la mortalidad en las edades más avanzadas, sino porque han disminuido drásticamente la mortalidad infantil y la fecundidad.

Yo pienso que este tema no es exclusivamente académico, sino que nos indica dónde están en este momento surgiendo recursos que antes se utilizaban y que ahora necesitamos utilizar menos. Es decir, no es que haya muchos más viejos, hay más viejos proporcionalmente, pero es que hay menos niños, por eso hay que reconvertir y reestructurar recursos.

El hecho de que haya más población en la tercera edad quiere decir que se incrementa la proporción de población en una de las edades extremas de la vida en detrimento de otra, pero en las dos se demandan con intensidad servicios sanitarios y sociales. Dejamos de necesitar tantos pediatras, pero necesitamos otro tipo de servicios integrales para la tercera edad. En este sentido, parece que envejecimiento y exceso de demanda de recursos es una misma cosa, cuando no es así. Se está exigiendo una reestructuración de nuestros recursos a una sociedad diferente, como es la que se está desarrollando en estos momentos.

Querría también abundar en algo que yo creo que comparten los grupos en los que las necesidades sociales son más intensas, como es la infancia y la tercera edad. Me refiero a la necesidad de un abordaje integral en el estado de salud. En los ancianos se producen situaciones específicas de sus características biológicas y sociales, como son una disminución de las reservas fisiológicas generales, un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y una mayor intensidad de lo que yo creo que se pueden llamar crisis psicosociales. Son aspectos de la vida que ojalá todos vayamos a vivir, como es la jubilación o la viudez. Son situaciones que suponen especial demanda de recursos sociales, que hacen que las enfermedades o los indicadores de salud de la población revistan características diferentes.

Por ejemplo, por un lado, hay una mejor somatización o mayor expresión en el organismo de los problemas mentales, de lo cual se deduce que hay una importante proporción de depresiones en ancianos, no diagnosticadas y no tratadas, que se traducen en demanda de servicios asistenciales no psiquiátricos y, por otro, la enfermedad se presenta con síntomas diferentes a los que presenta en el adulto, es decir, puede aparecer el infarto de miocardio sin dolor o el úlcus intestinal sin dolor.

No quiero expresarme sobre una especialidad que no es la mía, pero sí quiero insistir en la necesidad de reestructurar la formación de todos los profesionales, no sólo de los médicos, sino de las ATS y las asistentes sociales en

atención primaria, así como insistir con la señora Diputada del Grupo Popular en la necesidad de incrementar el número de especialistas en geriatría, porque las mismas patologías tienen expresiones muy diferentes en la tercera edad.

También quiero insistir en que las demandas no son sólo sanitarias, sino sociales. En este sentido, pese al reconocimiento explícito que yo hago aquí al esfuerzo que se ha realizado por parte del Estado en el incremento de las pensiones, todavía se dan situaciones muy graves de indigencia económica en los ancianos, que acentúan la situación de dependencia y que derivan en una intensificación de lo que es la patología psicosocial a la que he hecho referencia.

Por otro lado, quería referirme a algo que a mí me parece especialmente importante, y es que la valoración de las necesidades en residencias privadas, en instituciones para acogida de personas mayores, debe realizarse de una manera integral y desde una óptica que, a mi juicio, la Organización Mundial de la Salud ha definido con toda claridad: que los objetivos de los cuidados en la tercera edad pasan inevitablemente por mantener a los ancianos en estado de buena salud y felicidad en sus propios hogares tanto tiempo como sea posible.

Es decir, soy consciente, como creo que lo son todos los grupos presentes en esta Comisión, del déficit importante de nuestro país en camas de enfermos crónicos, y que sería necesario abordar por parte de los sucesivos presupuestos en materia sanitaria. Sin embargo, en lo específicamente relacionado con la tercera edad, a mí me parece que la valoración previa de necesidades debe intensificar la dotación de recursos en todo lo que es atención domiciliaria, en todo lo que son servicios cuyo objetivo prioritario sea el de prevenir el aislamiento social, que es una de las más importantes e intensas lacras que está viviendo un grupo de población, como es el de la tercera edad, en una sociedad en la que desgraciadamente los valores del individualismo y la insolidaridad están alcanzando cuotas cada vez más altas, y en la que los sectores no productivos, por contra, se ven marginados, cuando yo pienso que la tercera edad, teniendo en cuenta cuál ha sido la evolución histórica de la humanidad, es por definición la generación que acumula experiencia y que debe estar en condiciones de transmitirla.

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

La señora **MORAGA FERRANDIZ**: En relación a la proposición no de ley que presenta el Grupo Popular, a mí me gustaría precisar que es una propuesta respecto a un programa especial de atención sanitaria y, por tanto, carece de unos sistemas que pudieran dar un aspecto integral a la misma.

El Grupo parlamentario Socialista quiere insistir en que la atención al colectivo de las personas mayores ha sido una de las áreas con prioridad de actuación. Es cierto, como decía la señora Maestro, que el envejecimiento progresivo de la población viene dado, junto con el descenso

en las tasas de fecundidad, por el incremento espectacular que sobre la expectativa de vida tiene la población. Hoy nuestros mayores no sólo viven más años, sino que viven en mejores condiciones, a lo cual han contribuido los avances de la medicina, la generalización de hábitos más sanos de alimentación e higiene, un mayor ejercicio físico y una mayor posibilidad de ocio. En definitiva, un aumento en la calidad de vida.

También es cierto que una de las grandes preocupaciones de nuestros mayores es la relativa a su estado de salud, que pone de relieve el hecho de que entre un 30 y 40 por ciento de las consultas realizadas en los servicios de atención primaria son para personas mayores de 65 años y otro dato a tener en cuenta es que el 53 por ciento de las camas hospitalarias están ocupadas también por mayores de 65 años.

Para nuestro Grupo, las líneas de actuación en lo que se refiere a la salud y a la asistencia sanitaria se dirigen a mejorar el bienestar físico, síquico y social de las personas mayores y a proporcionar un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado.

Partimos, pues, de la línea que arranca en la Ley General de Sanidad de 1986 de una atención integral de la salud, comprensiva tanto de la prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

En lo que se refiere a la atención especializada de las personas mayores hay que resaltar el esfuerzo realizado en los últimos años por la Administración sanitaria española, desde el progresivo desarrollo de las unidades pediátricas hospitalarias, hasta la universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria en el año 1989. Ahora bien, consideramos que existen otras circunstancias ajenas a la salud, cuyo origen es más bien psicológico y social. Es innegable que la soledad, la falta de un proyecto personal y de inquietudes, o el desarraigo con respecto a la sociedad, colaboran, en ocasiones, a un decaimiento de ánimo que, en definitiva, acaba por somatizarse.

Para el Grupo Socialista, los problemas de la salud de nuestros mayores deben enmarcarse dentro del Plan Gerontológico, y no ser objeto de un programa especial, como pretende la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular.

Las líneas de actuación en que el área de salud se contienen en el Plan Gerontológico, van a permitir atender a las específicas necesidades sanitarias de la tercera edad en el marco de un Sistema Nacional de Salud que prioritariamente pretende proporcionar una atención global e integral a las personas mayores, coordinando los servicios sanitarios con los servicios sociales; encaminar las actuaciones del sistema sanitario a la promoción de la salud y a las afecciones de las personas mayores, favoreciendo su autonomía personal; potenciar el desarrollo de una atención progresiva en el anciano y hacer programas especiales en atención primaria de la salud, en conexión con los servicios sociales correspondientes; proporcionar la continuidad de los cuidados especializados en los diversos niveles asistenciales, y desarrollar los sistemas de los cuidados alternativos al internamiento, como hospitales de día y la asistencia médica domiciliaria.

Nuestro Grupo dice que no a la presente proposición no de ley porque desgaja un aspecto que es esencial —el de la salud— de una concepción integral en la que se deben afrontar los problemas de los mayores. Por ello, insisto en que vamos a votar en contra, y creemos que es una de las razones que deberían considerar los demás grupos, ya que lo que se propone en la presente proposición no de ley es un programa aislado sobre la salud, y no un programa integral que atienda todas las necesidades de las personas mayores.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a las votaciones.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: Votos a favor, 11; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente proposición no de ley presentada por el Grupo de CDS, ha sido retirada en el transcurso de la sesión.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A QUE TOME MEDIDAS EN COORDINACION CON LA JUNTA DE ANDALUCIA CON EL FIN DE ESTABLECER UN PROGRAMA DE CHOQUE QUE CONTRIBUYA A LA CREACION DE EMPLEO EN LA PROVINCIA DE MALAGA, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (Número de expediente 161/000233)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a debatir la proposición número siete, por la que se insta al Gobierno a que tome medidas en coordinación con la Junta de Andalucía con el fin de establecer un programa de choque que contribuya a la creación de empleo en la provincia de Málaga, a solicitud del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra el señor Romero.

El señor **ROMERO RUIZ**: Señor Presidente, señorías, la proposición no de ley que defiendo hoy en la Cámara se justifica plenamente a partir de los datos que nos permiten tener una radiografía de la situación por la que atraviesa mi provincia en el terreno socio-laboral e industrial.

La población residente en Málaga, en febrero de 1991, era de 1.203.724 habitantes. A ellos hay que añadir una cantidad importante de personas procedentes de otras provincias andaluzas, así como del extranjero, que tienen relaciones más o menos estables con la provincia de Málaga. La población activa es de 429.631 personas, de las cuales 248.500 son hombres y 145.131 son mujeres.

La distribución de la población activa por sectores de la producción es la siguiente. En la agricultura hay una población ocupada de 25.800 personas; en la industria, 36.900; en construcción, 47.700; en el sector servicios, 210.800. En relación con el paro registrado, es necesario tener en cuenta la cantidad que hoy existe en la provincia de Málaga, que alcanza la cifra de 109.000 personas, a los

que hay que añadir los más de 20.000 subsidiados del desempleo agrario que no se contabilizan a efectos del cómputo total, y que nos sitúa alrededor de los 120.000 desempleados. Eso hace que estemos en la cabeza del desempleo en el «ranking», tanto a nivel de Andalucía como a nivel del Estado; estamos en el grupo que va a la cabeza formado por las cuatro o cinco provincias con mayor índice de desempleo. Es decir, estamos 8,5 puntos por encima de la media nacional.

Tenemos un débil tejido industrial en el que aparecen unos nubarrones muy serios sobre empresas tan emblemáticas como Intehorce, donde se pretende reducir su plantilla actual a la mitad, es decir, se perderán unos 700 puestos de trabajo. Todo ello después de la odisea de su última privatización, porque ya se conoce el desarrollo y la historia de Intehorce como la operación Guadiana, que consiste en llevarlo al Patrimonio del Estado para que éste lo privatice de forma periódica. En Alcatel, en Citesa y también en Fujitsu se habla en este momento de reducciones de plantilla. La fábrica Cross, conocida como «amoniaco» en Málaga, se cerró recientemente. Por lo tanto, tenemos crisis también en pequeñas y medianas empresas malagueñas, junto a las emblemáticas de nuestra ciudad y de nuestra provincia.

La agricultura y la ganadería no cuentan con industrialización que genere un valor añadido y un empleo estable, tanto en las comarcas del interior como en las comarcas con agricultura extratemprana y con productos subtropicales que son de un gran interés, y que se debería potenciar la comercialización de los mismos, sobre todo la industria agroalimentaria, para conseguir un valor añadido y una competitividad en relación con los desafíos de la unión europea.

Es muy importante que se tome nota de los más de 20.000 desempleados agrarios que no tienen otro horizonte que cobrar el subsidio de desempleo agrario en este momento.

El sector turístico, que es la gran baza de Málaga, no remonta vuelo. La crisis que venimos sufriendo desde los últimos años hace que se pierdan empleos fijos en el sector. Hay más de 20 expedientes de crisis en este momento, así como otros efectos que ello produce sobre sectores económicos y de servicios que se suceden en cadena, ya que atender a una ocupación del cien por cien en el sector hotelero y turístico de Málaga, genera un movimiento muy importante de todos los sectores que mantienen esa ocupación que hoy es muy baja. Venimos sufriendo en los últimos años la crisis turística que —repito— hace perder muchos empleos fijos y sobre todo miles de empleos de carácter eventual de trabajadores procedentes de las áreas del interior o de la propia ciudad que se desplazan a la costa, donde la infraestructura turística es más potente cuando existe empleo para ellos, lo que no ocurre en el último período.

Las infraestructuras de Málaga caminan también con retraso. La autovía que desdobra Las Pedrizas y que conecta a Málaga con la transversal, la autovía autonómica de Andalucía, no nos conecta con Córdoba y, por lo tanto, a Málaga con Madrid ni con Europa, teniendo en cuenta que

es el corredor de pasajeros más importante del sur por su importancia turística.

La autovía de la Costa del Sol hasta Algeciras va muy lenta, no avanza, queda mucho para que concluyan las obras. La autovía de Motril no sólo está en pañales, sino aplazada hasta la puesta en marcha de un nuevo plan de carreteras. Esta autovía desdoblaría la Costa del Sol oriental, toda la zona de Torre del Mar, Nerja, etcétera, hasta Motril, que es muy importante.

La modernización ferroviaria no existe. Hay un proyecto de arreglo de la estación de Bobadilla y una conexión con la línea andaluza hacia Pedrera, pero no existe una modernización con plazos concretos. Se habla, a muy largo plazo, de conseguir superar el cuello de botella de El Chorro y dotar a Málaga ciudad de una estación ferroviaria de acuerdo con la importancia turística y comercial que tiene la provincia de Málaga y Málaga ciudad.

En cuanto al parque tecnológico —que no termina de despegar— ahora se plantea que no será el único de Andalucía, sino que tendrá que competir con Cartuja 93, que está ubicado en el recinto de la Expo-92.

Las presas y la regulación hidráulica, así como la forestación, no consiguen abrirse camino. Se ha aprobado una partida presupuestaria para la presa de Campanillas, teniendo en cuenta las inundaciones que asolan a Málaga y la importancia que tiene esta presa, también otro tipo de regulaciones hidráulicas y, sobre todo, la necesidad de combatir la erosión con una repoblación forestal que consiga que los montes de Málaga no estén desérticos, que no sufran esa erosión permanente por las lluvias torrenciales y que consigan crear riqueza y empleo.

Málaga, por otra parte —y termino, señor Presidente—, es la primer provincia andaluza en pago de impuestos a la Hacienda autonómica, a la Hacienda de la Junta de Andalucía, y es una de las primeras en pago de impuestos a la Hacienda del Estado. Es más, en divisas, en los últimos veinticinco años, ha hecho una aportación decisiva al Estado español, a sus relaciones con otros países, al pago en divisas de bienes de equipo, a su modernización como Estado, teniendo en cuenta que el turismo, junto con la emigración, han sido fundamentales durante muchos años para lograr que se equilibrara nuestra balanza exterior de pagos y se consiguieran reservas muy importantes para que el país se modernizara.

Por lo tanto, Málaga entiende la solidaridad, pero no entiende que, en una situación de crisis como la que ahora atraviesa en el sector socio-laboral e industrial, no reciba una atención específica de emergencia, un programa de choque. Pedimos, señor Presidente y señorías, una pequeña parte de lo que se está destinando a la Expo, porque los malagueños, que queremos ser solidarios, desde luego, no queremos ser tontos. Lo que se plantea es un fondo plurianual que permita crear las condiciones para que la economía de Málaga se dinamice, se recupere tejido industrial y se modernice la oferta turística.

Por ejemplo, hay documentos muy importantes que se han abordado en el Congreso de Comisiones Obreras —yo he citado algunos datos—, en la UGT —con la que hemos tenido contacto en relación con esta proposición

no de ley— documentos de la Cámara de Comercio y de la propia patronal malagueña, que hablan de unas necesidades en infraestructura básica que yo voy a exponer muy rápidamente, en medio minuto, y con esto termino. Por ejemplo, en abastecimiento de aguas, en saneamiento, en embalses, en encauzamiento, en actuaciones forestales, en ganadería y en agricultura, con unos planes concretos para La Sarquíia, para Guaro, el plan del Guadalhorce, el plan de la serranía de Ronda, la electrificación, la investigación, los caminos rurales, la sanidad vegetal, el medio ambiente en la provincia de Málaga, el potenciar el parque tecnológico y conseguir que haya polígonos industriales en las comarcas malagueñas del interior, el transporte aéreo, las carreteras —a las que nos hemos referido—, una modernización muy importante en los ferrocarriles, incluyendo los de cercanías de Málaga, que se ha convertido en una ciudad de más de 600.000 habitantes, con un área metropolitana que supera los 800.000; conseguir que en el puerto sea compatible el carácter deportivo y cultural con el comercial...

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

El señor **ROMERO RUIZ**: Finalmente, señor Presidente, en servicios turísticos, sería necesario un apoyo con créditos a bajo interés y a largo plazo para modernizar una oferta turística de calidad en condiciones de competir, que es la gran baza de la provincia de Málaga, junto con equipamiento de carácter sanitario y deportivo.

Todo esto se puede situar —y termino— en unos 400.000 millones de pesetas, que sería un fondo plurianual para invertirlo de acuerdo con un programa específico que combata estas carencias, formado por fondos del Estado, de la Comunidad Autónoma de Andalucía y por fondos europeos. Por lo tanto, si hablamos de unos años y de tres instituciones tan importantes, estamos hablando de un fondo que Málaga y su provincia necesitan.

Espero la votación favorable de los grupos parlamentarios, y doy las gracias por la atención prestada.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieren intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Ortiz de la Torre.

El señor **ORTIZ DE LA TORRE**: Señor Presidente, señorías, les adelanto que mi Grupo Parlamentario, el Grupo Popular, va a votar afirmativamente esta proposición no de ley de Izquierda Unida, y no tan sólo porque yo, como Diputado por Málaga, pediría a mi Grupo que apoyase cualquier iniciativa parlamentaria que redundase en beneficio de mi provincia; provincia que podríamos denominar Málaga la discriminada, la marginada o la gran olvidada por los gobiernos central y autonómico de Andalucía, es decir, por los gobiernos que sustenta el Partido Socialista. Pero, como les decía, no solo apoyaríamos la proposición no de ley por esa razón de justicia y de solidaridad con una provincia que se merece «per se» mucho más de

lo que recibe, sino porque, en este caso, la proposición no de ley de Izquierda Unida es totalmente razonable.

No voy a cansar a SS.SS. con cifras que avalarían lo que he dicho anteriormente y lo que diré a continuación, entre otras cosas porque el Diputado proponente las ha puesto ya de manifiesto, pero sí tengo que poner especial énfasis en repetir que Málaga es la provincia que más impuestos paga de entre todas las provincias andaluzas, aun sin ser la de mayor número de habitantes y, sin embargo, es la que menos contraprestaciones e inversiones recibe de las Administraciones central y autonómica en proporción a lo que paga. Es decir, que la ratio beneficios recibidos por tributos pagados es bastante inferior a la unidad y la menor de Andalucía, y eso año tras año, especialmente desde que el Partido Socialista ostenta el poder en Andalucía y en España.

Como consecuencia de ello, señorías, continuamos sin unas infraestructuras adecuadas, la mayoría de las carreteras están en mal estado, peores abastecimientos y carencias importantes de saneamientos. No digo con esto que no hayan hecho algunas cosas por nuestra provincia. **(Rumores.)** No me duelen prendas en reconocer que, por ejemplo, en el tema de las playas han hecho algo importante, pero también es cierto que, a causa de todo ello, fundamentalmente el turismo, que hace pocos años era el gran pulmón económico de nuestra provincia, se hunde sin que las administraciones públicas hayan hecho nada por salvarlo. Languidecen las pocas industrias que quedan, restos de aquel emporio industrial que fue la Málaga de la segunda mitad del siglo XIX, pionera en España de muchas industrias; quizás ustedes no lo sepan, pero es así.

Yo no digo, señores del Grupo Socialista, que sean ustedes los únicos culpables; han sido muchas circunstancias y muchos gobiernos los que han pasado desde el siglo pasado. Pero lo que sí es cierto es que ustedes están colaborando para finiquitar lo poco que nos quedaba en el año 1982. Como muestra, les puedo recordar en esta Comisión que en marzo pasado defendí una proposición no de ley de mi Grupo, en la Comisión de Agricultura, al objeto de salvar la desaparición del cultivo de la caña de azúcar en el continente europeo, ya que en nuestro continente tan sólo se produce este cultivo en la provincia de Málaga y algo en la de Granada. Dos mil familias y tres pequeñas industrias fabricantes de melaza de caña, materia prima para la elaboración del ron, dependen de este cultivo. Sólo hacían falta alrededor de 300 millones de pesetas en cuatro años, y, sin embargo, el Grupo Socialista dijo no. Y los ciudadanos de Málaga nos preguntamos: ¿Qué hubiese hecho el Grupo Socialista si, en vez de en Málaga, este cultivo único en Europa se produjese solamente en la provincia de Sevilla, especialmente antes de las elecciones municipales? Estamos convencidos de que al menos el Gobierno autónomo andaluz se habría lanzado a subvencionarlo en la medida necesaria, y tal vez el Gobierno central también.

¿Qué se hizo, por ejemplo, de aquellas grandes obras que prometió el Gobierno, porque el pueblo de Málaga las demandó, cuando las inundaciones del mes de noviembre de 1989? Pues hasta ahora, que yo sepa, solamente se ha

hecho una maqueta del río Guadalhorce para que jueguen a los barquitos y hasta simulen inundaciones los técnicos de la Confederación Hidrográfica del Sur de España.

Terminó, señor Presidente, reiterando que mi Grupo votará favorablemente la proposición no de ley y pidiéndoles, como malagueño y representante del pueblo de Málaga, al resto de los grupos, y en especial al Socialista, que voten también afirmativamente, ya que se trata de una demanda justa, como consecuencia de un clamor general de la sociedad malagueña.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Como SS.SS. saben, la trayectoria de mi Grupo y la mía personal en esta Comisión es votar normalmente a favor de las proposiciones no de ley de la oposición, valorando, por lo menos, el esfuerzo que se hace en presentarles y el ardor que se pueda poner en su defensa.

El Diputado Romero hoy nos ha puesto ardor, pero yo no le veo razón. La verdad es que la descripción que usted hace de Málaga la podemos hacer de Huelva. ¿Por qué no de Jaén? ¿Por qué no de El Ferrol? ¿Por qué no de Almería? ¿Por qué no de otras zonas del interior de Cataluña que son más pobres aún que Málaga y todo el mundo cree que son ricas? ¿Por qué habla usted de Málaga si usted es diputado de España, de todo el Estado, no solamente de su provincia? ¿Por qué habla el PP sólo de Málaga? ¿Por qué no hablan ustedes de la reindustrialización de Andalucía y tendrían ustedes mi apoyo entusiasta y el de mi Grupo? Porque si hay desequilibrios territoriales en Andalucía, es misión de la Junta de Andalucía equilibrar esos desequilibrios, también del Estado, pero, en todo caso, no en favor de una provincia.

Comprendo el tema de Intelhorce, y lo comprendo mucho y muy bien porque estuve cerca de la primera venta que se hizo del INI a una empresa privada catalana, y el mismo personaje que la vendió del INI a la empresa privada catalana, luego la vendió, siendo representante de las empresas privadas, al Patrimonio del Estado. Repito que comprendo el tema de Intelhorce, y comprendo el tema del turismo, pero la Costra Brava tiene el mismo problema de turismo, y Mallorca también. ¿Por qué hablamos de una provincia? Este Parlamento debe tratar los problemas de España. Puede puntualizar ante una catástrofe o ante un hecho muy concreto sobre una región o provincia determinada, pero si entrásemos en la dinámica de presentar aquí proposiciones para favorecer nuestra propia provincia o circunscripción, la solidaridad quedaría en papel mojado.

Señor Romero, hablen ustedes de la reindustrialización de Andalucía, hablen ustedes de todo, pero no sólo de su provincia, porque entiendo que usted también es Diputado de Cataluña. Hable usted de Galicia y de todas las regiones del Estado, y le aseguro que las hay en peor situación que la de Málaga.

Además, ustedes entran en una contradicción. Los dos Diputados que me han precedido hablan de la gran canti-

dad de impuestos que paga Málaga, pero, ¿de dónde salen los impuestos si no es de la propia riqueza del país, es decir, de la propia provincia?

Lamentablemente porque no entiendo la proposición no de ley, no puedo votarla favorablemente.

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

El señor **MARTINEZ MARTINEZ** (don Enrique): Intervengo para indicar, obviamente, que nos vamos a oponer a tomar en consideración la proposición no de ley que ha presentado el Grupo de Izquierda Unidad. Y lo vamos a hacer porque es una proposición que, además de genérica y voluntarista, nos parece, y permítame que se lo diga, señor Romero, con cordialidad y afecto, que es, sobre todo, un gesto a la galería; nos parece, en lenguaje coloquial, una especie de brindis al sol.

Además, y ante todo, creemos que es una iniciativa impropcedente por tres hechos que voy a tratar de demostrar. Primero, porque creemos que existen disposiciones y normativas suficientes, tanto a nivel del Estado como a nivel regional, para poder apoyar iniciativas que procuran crear empleo. Segundo, porque este Gobierno, el Gobierno socialista que usted denigra, señor Romero, a lo largo de estos años ha realizado una serie de actividades económicas en favor de Málaga (como también, por supuesto, la iniciativa privada) que han cambiado por completo el panorama industrial y económico de aquella provincia, y usted lo sabe muy bien. Y, por último, señor Romero, porque mi Grupo no comparte las tesis económicas en las que usted parece apoyar ese concepto de desarrollo económico tan reduccionista, tan mecanicista.

En cuanto al primer aspecto, al de las medidas estatales para el fomento del empleo, existe, entre otras, por ejemplo, una norma de febrero de 1986 para proyectos especialmente cualificados, que tiene como finalidad, fundamentalmente, subvencionar tanto la creación directa de puestos de trabajo como la asistencia técnica, e incluso los estudios en sí, los proyectos que puedan versar sobre inversiones futuras y desarrollo en cualquier zona que esté deprimida. Estas ayudas se encauzan, fundamentalmente, hacia proyectos que tienen que ver con cooperativas y con sociedades laborales, con iniciativas locales de empleo y con el empleo autónomo.

Existe también un convenio de colaboración, y usted lo sabe, entre el INEM y las administraciones públicas para realizar obras de interés colectivo, de interés público en las que se contrata temporalmente a trabajadores desempleados, subvencionándose los costes salariales y también las cuotas de la Seguridad Social.

Existe, para Andalucía y para Extremadura, un PER, Plan de Empleo Rural, del que usted conoce muy bien su funcionamiento, que exige contratar a trabajadores del medio rural en desempleo, a los que, como ventaja añadida, se les procura también un subsidio de desempleo en determinadas circunstancias y por otra parte, una formación profesional ocupacional, bien para insistir en la que ya tienen, bien para reconvertirlos. Usted sabe que estos

beneficios tienden a concederse a los jóvenes menores de 25 años que no tienen derecho a ese subsidio de desempleo.

Existen medidas para favorecer el desarrollo regional. Por ejemplo, medidas para la declaración de zonas de urgente reindustrialización e incentivos regionales, como los que tienen que ver con la Ley 50/1985, en los que la finalidad fundamental es fomentar la actividad económica de aquellas regiones menos favorecidas que atraviesen especiales dificultades económicas.

Existen medidas que incentivan, sobre todo, la creación de nuevos puestos de trabajo. Puedo decirle que en el caso concreto de la zona de promoción de Andalucía, los beneficios pueden ser de hasta el 50 por ciento del proyecto total de la inversión. Desde la creación de la zona de promoción económica de Andalucía se han aprobado en el caso concreto de la provincia de Málaga, 37 proyectos, con una inversión de 13.800 millones de pesetas y la creación de unos mil puestos de trabajo.

Puedo citar, además, que dentro del programa operativo de Málaga capital y su área de influencia existen, para el período 1990-1993, una serie de acciones que le voy a citar muy rápidamente.

Por ejemplo, la construcción del acceso al Parque Tecnológico de Málaga, por la nueva carretera del Guadalorce; obras en las que entre otras instituciones colabora el FEDER, con 72 millones de pesetas. La urbanización y las obras de acondicionamiento del Parque Tecnológico en las que han invertido el IFA, la Empresa Pública del Suelo del de Andalucía y el Ayuntamiento de Málaga y, van a suponer, en el período 1990-1992, una inversión de 4.000 millones de pesetas, para que se creen no solamente tres o cuatro grandes empresas, la primera de ellas la empresa Gius, que como usted sabe ya se ha instalado allí, sino que además se crearán, dentro del propio Parque y en esta década, no menos de cien empresas, con la ventaja de que fuera habrá otro tipo de empresas auxiliares vinculadas a las de tecnología punta que van a ir dentro del Parque.

Existe una cofinanciación de líneas de ayudas a empresas, que gestiona el IFA, para remover y cambiar ese tejido industrial, que no nos gusta en su totalidad. Se van a hacer, y usted lo sabe, una serie de instalaciones en lo que va a ser el complejo tecnológico universitario de Málaga, que va a incluir la creación de una escuela técnica superior de telecomunicaciones, otra de ingenieros industriales y una facultad de informática. Todo esto va a suponer, a través de la Junta de Andalucía, una inversión de unos 2.200 millones de pesetas. Se va a construir una estación terminal de mercancías para atender todas las operaciones de ordenación del tráfico en los próximos años, que va a suponer una inversión de 1.454 millones de pesetas.

Si hablamos de ayudas en un concepto amplio, señor Romero, podríamos indicar, aparte de éstas, las que vienen realizando los distintos Ministerios, fundamentalmente el MOPU y el de Turismo, y todo lo que pueda referirse a la base estructural de la provincia de Málaga, entendiéndose por esto la infraestructura que tiene que ver con las comunicaciones, con los sistemas de enseñanza, con la formación profesional y con el desarrollo de la actividad industrial en la provincia de Málaga.

Quiero terminar, señor Presidente, diciendo que mi Grupo no comparte las tesis económicas del señor Romero a propósito del desarrollo de la provincia y del desarrollo económico, en general, puesto que, como antes dije, son unas tesis que nos parecen saturadas de reduccionismo y de mecanicismo. Parece como si, en la opinión del señor Romero, allí donde hubiese dinero inmediatamente se crearán puestos de trabajo. No es así, señor Romero. La creación de puestos de trabajo implica no solamente un capital, implica también la realización de proyectos viables, de estudios competentes, de ilusión para sacar adelante los proyectos y para poder mantenerlos, y es algo que echo en falta en la proposición no de ley que usted defiende.

Señor Romero, usted se ha referido a empresas que pasan por dificultades en Málaga, a Alcatel y a Fujitsu. ¿Sabe usted que en estos momentos el gran problema de estas empresas no es el problema de subvenciones, ni es un problema de dinero? ¿Sabe usted que el problema que existe en estas empresas es un problema de mercados?

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez, fije la posición del Grupo y se haga alusiones.

El señor **MARTINEZ MARTINEZ** (don Enrique): Termino inmediatamente, señor Presidente. Un minuto, por favor.

Decía que es un problema de mercado, señor Romero, no es un problema de subvenciones.

Mal van las cosas, señor Romero, si usted trata de enfrentar el parte tecnológico de Málaga con el de Sevilla. Se trata de dos iniciativas que son complementarias y parece mentira que usted, desde Andalucía, diga las cosas que ha dicho aquí. La imagen que tiene que dar Andalucía es una imagen unitaria. Los dos parques son complementarios. En el de Sevilla... (**El Señor Romero Ruiz hace hace signos negativos.**) Sí, señor Romero, estoy mejor informado que usted, perdone que se lo diga. En el de Sevilla...

El señor **ROMERO RUIZ**: No está mejor informado que yo.

El señor **MARTINEZ MARTINEZ** (don Enrique): El de Sevilla será un parque... (**Rumores.**) Pido el amparo de la Presidencia para poder contestar al señor Romero.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez, haga el favor de no dirigirse especialmente a un Diputado y fije la posición de su Grupo.

El señor **MARTINEZ MARTINEZ** (don Enrique): Termino en un minuto, señor Presidente. Le pido disculpas.

Digo que el parque tecnológico de Sevilla es un parque dedicado a investigación, y el parque de Málaga es un parque dedicado a investigación más desarrollo, lo que equivale a producción.

El señor **ROMERO RUIZ**: Ya veremos.

El señor **MARTINEZ MARTINEZ** (don Enrique): Voy a terminar, señor Romero.

El lunes, visité el parque tecnológico para documentarme. El día anterior estuve en el Teatro Cervantes viendo dos pasajes de unas obras de Falla, y me acordé de usted y de su proposición. en uno de los pasajes —se trata de La Vida Breve y el Retablo de Maese Pedro— canta el tenor que toda exageración es afectación, y no vamos a aceptar su proposición no de ley, señor Romero, porque está saturada de exageración y de afectación, y toda afectación es mala.

El señor **ROMERO RUIZ**: Este acta se va a repartir en Málaga. Los datos que he dado son los de la Cámara de Comercio.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Romero, no me obligue a tomar decisiones más fuertes que la advertencia. Ruego a sus señorías que guarden silencio.

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

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ADOPTAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EL ACCESO A LAS PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA SANITARIA PUBLICA DE LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA EN SITUACION IRREGULAR, EN TANTO NO LEGALICEN ESTA, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO IU-IC (Número de expediente 161/000236)**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria pública de los inmigrantes extranjeros residentes en España en situación irregular en tanto no legalicen ésta, a solicitud del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, espero que esta proposición no de ley no sea tachada, asimismo, de exageración o de falta de oportunidad, porque, a mi juicio, este es un asunto que requiere medidas urgentes y que, afortunadamente —bien es verdad que sin que hubiera previsto la oportunidad de la misma—, en el trámite seguido desde la presentación de la proposición no de ley hasta hoy, se han producido hechos que pienso que la hacen especialmente viable, como es la apertura de un plazo para la regularización de la situación legal de aquellas personas inmigrantes extranjeros que estén en situación activa a partir del mes de mayo.

De todos es conocido, y no voy a insistir porque no es mi interés hacer melodramas con algo que todos hemos

vivido, la gravedad de la situación sanitaria y social de los inmigrantes en nuestro país. Si es verdad que la situación planteada es relativamente reciente con respecto a lo que ha supuesto esta misma circunstancia para otros países que nos llevan ventaja temporal en el desarrollo socioeconómico y, por tanto, en la recepción de trabajadores que acuden a las fronteras nacionales en busca del trabajo que no encuentran en sus países de origen. Quiero señalar, y recordárselo especialmente al Grupo Socialista, que nuestra Constitución, como corresponde a una Constitución que pretende insertarse en lo que son las garantías de derechos sociales más avanzadas, no se limita a establecer condiciones de igualdad entre las personas, como recoge el artículo 14, sino que el artículo 9.2 atribuye un papel activo al Estado en la remoción de las causas económicas, culturales y sociales que obstaculizan el desarrollo del tejido social, cultural y económico del conjunto de la nación.

Es decir, a mi juicio, y con mucho acierto, superando planteamientos liberales de derechos exclusivamente políticos de igualdad, se plantea la necesidad de que haya una intervención activa en los poderes públicos para conseguir esa articulación y desarrollo del tejido social, económico y cultural del cual forman parte, a juicio de Izquierda Unida, como miembros de pleno derecho, todas aquellas personas que acuden a nuestro país y que en condiciones muchas veces de precariedad laboral, de economía sumergida, están contribuyendo, como tantos otros, al desarrollo y a la creación de riqueza en nuestro país.

El artículo 9.2 de nuestra Constitución, como seguramente los miembros de la Comisión que sean abogados conocerán mejor que yo, se asemeja a un artículo correspondiente, además creo que con el mismo número, de la Constitución italiana. Quiero señalar que a la hora de buscar argumentos y justificadores que apoyaran la presentación de esta proposición no de ley, he tenido la ocasión de encontrar un Decreto-ley del 30 de diciembre de 1989, de la República italiana, en el cual se establecen normas urgentes en materia de asilo político, de acogida y de permanencia de ciudadanos extracomunitarios y de regulación de su situación y la de sus familias mientras estén presentes en el territorio del Estado. Tengo que señalar que el objetivo del Decreto-ley de la República italiana, los aspectos exclusivamente sanitarios, que son los que yo me he planteado en esta proposición no de ley, se dirigen a las mismas cuestiones, es decir, a aquellas numerosas personas —y supongo que la situación que afectaba a ciudadanos extranjeros en Italia, que ascendía a una cifra de doscientos mil, no estará muy lejos de la cifra real de personas inmigrantes en situación irregular en nuestro país—, se dirigen a aquellas personas, repito que estaban en el país y planteaba la extensión de la cobertura sanitaria tanto a los ciudadanos extranjeros que estén en trámites de regularización de su situación como a sus familias.

Ya sé que los ciudadanos extranjeros que tengan regularizada su situación tienen derecho a las mismas prestaciones que los españoles, tal y como recoge en este aspecto la propia Ley General de Sanidad, sin embargo, estaríamos ocultándonos a nosotros mismos la realidad

si pretendemos ignorar que los más graves problemas sanitarios y sociales se están dando precisamente entre esos grupos de ciudadanos extranjeros que no tienen regularizada su situación y que están soportando con especial dureza lo que son las condiciones crecientes de xenofobia, de racismo y de desigualdades que nuestro país, como otros de la Comunidad Económica Europea, está empujando a vivir con intensidad.

Es evidente que las situaciones de dificultades graves, que sin dramatizar tampoco quiero ocultar, que todos hemos conocido y que han llevado a la muerte por frío aquí cerca del Congreso de los Diputados, en el invierno pasado, a ciudadanos de otros países, se están agudizando y están en la base muchas veces de conflictos sociales y de orden público, que son tratados con medidas policiales, pero que realmente tienen su origen, como todos ustedes conocen, en profundas desigualdades económicas y culturales.

Hay, además, otra razón a la que no quiero dejar de aludir, y es que nuestro país, en este momento receptor de inmigrantes, ha sido un país de oferta de mano de obra extranjera; que compatriotas nuestros han vivido con toda dureza las circunstancias por las cuales leyes restrictivas en otros países impedían la adquisición de derechos, les obligaban a permanecer como trabajadores temporeros y, por lo tanto, les imposibilitaban para tener derechos sanitarios para ellos y para sus familias.

En este sentido, me parecería triste —creo que la carencia de memoria histórica es algo que los pueblos pagamos— que en un momento como éste, en el que en nuestra situación geográfica y económica en una determinada zona del mundo nos está llevando a crecimientos importantes en nuestros producto anterior bruto, que nos hacen ser, en condiciones de legalidad o de ilegalidad, pero ser en la práctica un país ofertante de puestos de trabajo a ciudadanos extranjeros, negáramos algo tan elemental como es el acceso a la cobertura sanitaria en las mismas circunstancias que los ciudadanos españoles. Quiero decir que países como Suecia e Inglaterra —ustedes lo conocen bien—, países que han desarrollado modelos socioeconómicos como los que propone desarrollar en sus programas electorales en nuestro país el Gobierno que sustenta el Grupo Socialista, tienen reconocidos derechos sanitarios y sociales a todas las personas por el hecho de estar transitando simplemente por el suelo de estos países.

Entiendo que cuando se han producido extensiones de la cobertura sanitaria que nos permiten hablar de la casi universalización de la misma, estaríamos cayendo en un grave error al marginar y al negar en este período, que, insisto, desde el punto de vista de la normativa vigente permite inscribir especialmente esta proposición no de ley, la extensión de la cobertura sanitaria a estas personas que se proponen legalizar su situación en nuestro país.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos parlamentarios que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Benítez.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Entendemos que esta proposición no de ley (de la actualidad que manifiesta la Portavoz de Izquierda Unida) la compartimos todos, pero yo creo que la seriedad en el planteamiento de las cuestiones todavía tiene mayor incidencia en un mundo donde (como en esta misma Comisión estamos viendo) comprobamos permanentemente las desigualdades, y desde luego la falta, que otras veces criticamos, de atención a los propios españoles de a pie perfectamente legalizados y amparados por la ley.

Yo hablo desde el Grupo Popular en nombre de una representación de todo el pueblo español, y cuando digo del pueblo español me refiero a toda persona amparada por la ley, ya española, con todos los derechos, que tiene ese complemento que es el de la atención sanitaria. Por tanto, nos vamos a referir a los residentes extranjeros ilegales, que es lo que nos ocupa en estos momentos.

Tradicionalmente, la asistencia sanitaria de provisión pública en España ha estado referida siempre a españoles, incluso sólo a ciudadanos españoles y sus familias integrados por vía laboral profesional en la Seguridad Social, y a españoles sin recursos económicos por la vía de beneficencia. También alcanzaba, vía Seguridad Social, a extranjeros residentes y ejerciendo actividades laborales en España, según convenios o acuerdos internacionales, como dice el artículo 7.4 de la Ley General de la Seguridad Social de 1974.

La Ley General de Sanidad de 1986 incorpora el derecho de protección de la salud, en su artículo 43, a los extranjeros residentes en España sin necesidad de inclusión en los regímenes de la Seguridad Social, vía actividad laboral o profesional. A ello debe añadirse el derecho de los ciudadanos de la Comunidad Económica Europea, por efecto de la normativa comunitaria y el Tratado de Adhesión de España a la Comunidad. Con todo, en la práctica real no se ha apreciado la diferencia sustancial en la materia en lo que afecta a ciudadanos extranjeros, por cuanto la asistencia del Sistema Nacional de la Salud es la de la Seguridad Social, con sus regímenes tradicionales de integración en el sistema, bien sea afiliación-cotización y carencia de recursos, o por cuanto existían ya convenios bilaterales con los estados de la Comunidad.

La proposición no de ley parece tomar como punto de referencia lo dispuesto al respecto por la legalidad vigente, que responde al principio general de incorporar al derecho a las atenciones sanitario-asistenciales de financiación pública a todas las personas residentes en el territorio nacional español, sean nacionales o extranjeros.

A tal respecto, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece literalmente lo siguiente: Artículo 1.2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. En el artículo 1.3 se dice que los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan. Y en su artículo 3.2 dice que la asistencia pública se extenderá a toda la población española.

El artículo 46 dice que son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud la extensión de sus servicios a toda la población. Y la disposición transitoria quinta dice que la extensión de la asistencia sanitaria pública a la que se refieren los artículos 3.2 y 20 de la presente Ley se efectuará de forma progresiva.

Queda patente que la protección de la salud y las atenciones sanitarias alcanzan a españoles y extranjeros residentes, y que la asistencia pública alcanza a la población española.

Vamos a diferenciar dos cuestiones. La primera cuestión a plantear es si, a los efectos asistenciales, por población española se entienden o no comprendidos los extranjeros residentes, que es posible resolver positivamente en la medida que se entiende que forman parte de dicha población española, o, lo que sería lo mismo, de toda la población según el artículo 46.

Segunda cuestión. A efectos de la proposición no de ley del comentario, la cuestión central es la que plantea Izquierda Unida al referirse a los extranjeros con residencia irregular en España, puesto que los que tengan la legal residencia no deben tener ni tienen ese problema, excepto lo que nos pasa a todos los españoles.

Por su naturaleza, la cuestión entendemos que es jurídica y política, y que la Ley General de Sanidad, como tal texto jurídico, y sus artículos dichos 1.2 y 1.3, se produce en los términos antes reproducidos, pareciendo evidente que los conceptos «residencia» y «no residentes» tienen un alcance y significado jurídico a relacionar con la normativa específica sobre la materia, y concretamente con las definiciones de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, cuyo artículo 13.2 define la situación de residencia como la autorizada por el Ministerio del Interior con tal carácter, situación diferente de la de estancia, que es temporal, y por supuesto de quienes no se hallen legalmente en España. Dicha Ley Orgánica se ha complementado y se ha completado con los Reales Decretos 1.099/1986, de 26 de mayo, y 1.119/1986, de 26 de mayo, y otras normas.

Por ello, el término de «extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional» parece que ha de entenderse por quienes tengan reconocida legalmente la situación de residencia en los términos de la citada Ley Orgánica 7/1985. La cuestión, por ende, no es sanitaria, sino jurídica y política en relación al régimen de la extrajería en España. Dicho de otro modo, y a lo que aquí interesa, si un extranjero en situación clandestina, por irregular, puede o no ser titular de derechos sanitarios financiados con fondos públicos españoles. Como puede ser digna de consideración la situación de nuestros territorios del norte de África —caso de Ceuta y Melilla— en que a ciudadanos marroquíes en régimen de estancia se les viene prestando atención gratuita en centros públicos españoles de la Seguridad Social.

Cabe diferenciar entre atenciones de urgencia —especialmente lo que es urgencia vital— y aquellas otras ordinarias o no urgentes. Podría, en hipótesis, atenderse exclusivamente a las situaciones de hecho, esto es al hecho inequívoco de la residencia real de la persona y a la naturaleza de la materia que nos ocupa, que afecta a su salud

e integridad, pero al propio tiempo no parece aconsejable incentivar situaciones de clandestinidad en materia tan delicada como la del régimen de los extranjeros, en la que, como se sabe, inciden las prescripciones de la Comunidad Económica Europea al respecto.

En conclusión, desde un punto de vista humanitaria cabría considerar la proposición no de ley, al menos para urgencias y personas sin recursos. Jurídicamente las expresiones ya señaladas de la Ley General de Sanidad y de la Ley Orgánica citada impiden tal consideración con evidente base lógica. Políticamente habrá que estar a los criterios que se arbitren sobre el tratamiento de los extranjeros en situación de ilegalidad y a los instrumentos legales de que dispone la Administración para su corrección, sanciones, expulsiones, etcétera.

De lo que sí estamos convencidos una vez más es de que la política de extranjería de la Comunidad Económica Europea es un problema en el que el Gobierno español también está superpreocupado y, de hecho, ahí están las últimas medidas que ha dispuesto para intentar legalizar esas situaciones.

Desde el Grupo Popular pensamos —y hablo en este caso como médico— que, humanitariamente, a ninguna persona que se acerque a un establecimiento sanitario se le va a negar la asistencia, lo he dicho antes, pero eso nada quiere decir, porque no podemos ir con este planteamiento a cualquier pueblo de la geografía española cuyo ayuntamiento no tenga beneficencia, por poner un ejemplo, o no tenga presupuesto para poder atender a un contingente de extranjeros ilegales. Entendemos que este producto no es aceptable. En el caso del centro de extranjería que hay en Madrid nos encontramos con que sí se habilita un facultativo para esas personas que previsiblemente están denunciadas y que disponen de esa atención en dicho centro de extranjería; hay un médico, un facultativo controlado a cuya consulta se apuntan las personas; el médico va, les atiende y punto final. También tengo perfectamente cotejada la información de cómo ese extranjero, posiblemente ilegal también, tenga que ir a una urgencia vital a un centro hospitalario, en este caso el Gregorio Marañón.

Quiero con esto decir que invitamos a Izquierda Unida a que presente una proposición de ley (porque entendemos que esta proposición no es de ley, no alcanza toda la problemática jurídica que debería amparar) en cuanto que, como digo, la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, no prevé la salud entre los derechos de los extranjeros y se muestra contraria a la aceptación de la ilegalidad como derecho consumado que pueda amparar cualquier estancia clandestina.

Por otro lado, técnicamente, parece que la pretensión de Izquierda Unida precisaría de otra proposición de ley, no siendo instrumento suficiente esta proposición no de ley porque su contenido podría implicar modificación o incumplimientos de lo dispuesto por ley.

Lo que sí pide y exige el Partido Popular es que el Gobierno español habilite los convenios internacionales necesarios de todo tipo; que legisle todo lo necesario para que ni un solo español emigrante se encuentre desprotegido. Queremos que todos los españoles emigrantes en el exte-

rior estén protegidos por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y eso podría hacer que ese convenio pudiera amparar a esas otras personas de las cuales estamos tratando.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Brevemente, señor Presidente.

Yo también tengo dudas sobre esta proposición no de ley, señora Maestro. ¿Cómo protegemos a los irregulares, a los clandestinos, cuál es el volumen, cuál es el costo, cómo se puede proteger a una persona que, por principio, está ilegalmente en España? Si nos referimos a una persona que viene pidiendo asilo político o refugio durante un período determinado en el que las autoridades deciden concedérselo o no, sería razonable el decir que se les proteja durante ese espacio de tiempo (además, más o menos se puede valorar el volumen, que no puede ser excesivo), pero cuando hablamos de irregulares los incluimos a todos, teniendo en cuenta el futuro que nos aguarda, que es una invasión de emigrantes que será difícil poder contener.

Me parece que no sería razonable y jurídicamente algo monstruoso tener prevista una asistencia sanitaria o de cualquier otro tipo para las personas que clandestinamente vengán a nuestro país. Lo razonable sería que los ciudadanos que entren en este país lo hagan regular y no irregularmente. El hecho es que en este momento hay unos ciudadanos en situación irregular, a los que se está dando la posibilidad de que regularicen sus situaciones y, una vez regularizadas, tienen la protección de la Seguridad Social. Los no regulares no deberían estar y no deberían proteger algo irregular.

Entiendo el factor humano, la preocupación humana que S.S. siente por esta situación, pero me parece jurídicamente extraño que protejamos una cosa irregular. En este sentido, como tampoco soy experto, no soy médico como S.S. y no me encuentro con casos desesperados de personas que se me puedan quedar en las manos o que se me mueran de frío cerca del Congreso, me voy a abstener en la perspectiva de ver más claro si la proposición no de ley fuera aprobada y se siguiese hablando de este tema.

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

La señora **CRUAÑES MOLINA**: En nombre de mi Grupo, voy a oponerme a esta proposición no de ley, haciendo unas consideraciones explicativas. Todos sabemos que a partir de los años 80 España se ha convertido en un país receptor de emigrantes, cuando tradicionalmente era un país de emigración, y que este flujo inmigratorio ha creado una serie de problemas que el Gobierno trata de solucionar dentro de sus posibilidades.

La inmigración ilegal entendemos que es la más perjudicada humanamente en cuanto a asistencia sanitaria y a condiciones de vida, y la gran pregunta es cómo resol-

ver este problema. Pensamos que, en primer lugar, facilitando la legalización de estos extranjeros; también sensibilizando a la sociedad en el problema, y tratando de evitar la intolerancia que algunas veces se convierte en abusos y en brotes de racismo.

Respecto al tema que nos ocupa, ésta es una proposición no de ley que aceptaríamos todos, sin duda alguna, si este país y los que le rodean fueran un mundo ideal donde no existiesen presupuestos ni limitaciones económicas y donde los legisladores pudiésemos no tener en cuenta las leyes. La realidad es otra y nos obliga a sujetarnos a ella. La legislación vigente en esta materia contiene, a juicio de mi Grupo, la extensión y cobertura sanitaria que es característica de un Estado socialmente progresista. Abarca a la totalidad de los españoles, exceptuando algunas profesiones liberales y también a los extranjeros que residen y trabajan legalmente en territorio nacional. Esto es lo que se deduce de la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de abril, complementada, además, por la reciente Ley de Pensiones no Contributivas que incluye la cobertura sanitaria de los que, por circunstancias especiales, estaban fuera de ella.

Esto es así, porque esta asistencia sanitaria pública y total, además de ser consecuencia de una filosofía política y social llevada a la práctica por un Gobierno socialista, es, como SS.SS. saben, una estructura de servicios compleja y costosa, a cuyo mantenimiento colaboran para tener derecho a ella los españoles y los extranjeros residentes con sus cotizaciones laborales o empresariales.

El reconocimiento de este derecho de asistencia sanitaria pública a extranjeros no residentes o en situación irregular adjudicaría al Estado unas obligaciones difíciles de cuantificar, respecto de una población extranjera cuyo número cambiante y creciente es de casi imposible control y difícilmente soportable para un Estado que convive, como la señora Diputada proponente sabe, con sus propias limitaciones presupuestarias.

De todas formas, los problemas humanos existentes en estos extranjeros ilegales o en vías de legalización nos preocupan en su drama cotidiano y estimamos que no requieren sólo razonamientos legales sino soluciones solidarias, aunque no las que S.S. propone.

Tradicionalmente la Cruz Roja y otras entidades benéficas, bien por su propio dispositivo sanitario, por convenios con otras instituciones o a través de programas indirectos, vienen encargándose de esta asistencia sanitaria marginal, así como de otros problemas que esa marginalidad produce. Tiene para eso el apoyo del Gobierno y la voluntad de seguir potenciándolas estructuralmente y con medios económicos para que puedan cumplir su misión humanitaria. No se pueden realizar otras iniciativas sin modificar la Ley de Sanidad, la de Emigración y cuanta legislación regula estos temas.

El Grupo proponente, Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, parece olvidar además que estamos en pleno proceso de regularización de trabajadores extranjeros en situación irregular, proceso al que van a acogerse la mayoría de ellos, como es la voluntad del Gobierno. Los que regularicen su situación quedarán protegidos por el Régi-

men General de la Seguridad Social, como cualquier extranjero que viva y trabaje legalmente en España.

Por todo ello, aun sintiéndonos solidarios con el espíritu que sin duda anima a la señora Diputada proponente, mi Grupo votará en contra de esta proposición no de ley que en todo caso debería haber sido discutida cuando este proceso de regularización de extranjeros y emigrantes hubiera finalizado y viéramos sus resultados.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a las votaciones.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, dos; en contra, 23; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO PARA QUE PROCEDA A LA APERTURA DE LOS PROGRAMAS MEDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR) Y DE LOS DEMAS SISTEMAS DE FORMACION DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 161/000238)**

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A QUE RECONOZCA EL DERECHO A PERCIBIR RETRIBUCION POR PARTE DE TODOS LOS FACULTATIVOS QUE OBTUVIERON PLAZA DE MEDICO INTERNO RESIDENTE (MIR) PARA SU FORMACION EN CUALQUIERA DE LAS ESPECIALIDADES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 161/000242)**

El señor **PRESIDENTE**: Las dos siguientes proposiciones no de ley se van a tramitar conjuntamente.

La primera insta al Gobierno para que proceda a la apertura de los programas Médicos Internos Residentes (MIR) y de los demás sistemas de formación de especialistas en Medicina y la segunda insta al Gobierno a que reconozca el derecho a percibir retribución por parte de todos los facultativos que obtuvieron plaza de Médico Interno Residente para su formación en cualquiera de las especialidades de las Ciencias de la Salud, ambas propuestas por el Grupo Popular.

Tiene la palabra, en su nombre, el señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Efectivamente, por razones de economía procesal y temporal voy a defender en un sólo acto estas dos proposiciones no de ley. Tal como está transcurriendo la mañana veo que el resultado va a ser igual al de las otras que han presentado los distintos grupos de la oposición. De todas formas, quiero llamar la atención de que siendo pesimista con respecto a la primera proposición no de ley, que tiene un carácter genérico en cuanto a que lo que proponemos es la apertura del siste-

ma de formación de los MIR a otros sistemas para resolver este grave problema que actualmente tiene nuestra sanidad, al menos, esperamos que se acepte la segunda, que es una proposición no de ley que tiene un carácter mucho más concreto y que se refiere al sistema retributivo de estos médicos en formación, que exigen por criterios de justicia que se haga, para evitar los agravios comparativos que actualmente existen y fundamentalmente porque así lo está exigiendo también la Comunidad donde en estos momentos tienen planteado el problema los médicos, a lo que haré referencia en el momento en que argumente la defensa conjuntamente, como he dicho, de estas dos proposiciones no de ley.

Señorías, es indudable que la deficiente política de gestión desarrollada en la actual estructura del ejercicio profesional es causa de los actuales males que se sufren en este terreno, es decir, es causa del subempleo, del paro y de la propia falta de calidad asistencial que lleva consigo esta situación.

La insuficiencia de especialistas, señorías, repercute muy notablemente entre otras razones en las listas de espera. Curiosamente, estas insuficiencias se producen en un momento de abundancia de graduados y, por una mala política de planificación, se tiene incluso que acudir a la contratación de profesionales extranjeros.

¿A quién incumbe tal responsabilidad? Yo lamento tener que decir una vez más que esa responsabilidad incumbe muy directamente al Partido, al Grupo Socialista y al Gobierno, y muy especialmente, porque ustedes, señorías del Grupo Socialista, propugnaron una meditada política de congelación de especialidades, como lo prueban las propias publicaciones del Ministerio de Sanidad. En prueba de ello les voy a leer textualmente lo que ustedes decían en el año 1984 en una publicación que se titula «Oferta y demanda de médicos en España», del Servicio de Publicaciones del Ministerio, que, en su página 75, entre otras cosas, decía: El descenso progresivo en el número de plazas convocadas para médicos residentes, no debe interpretarse como un hecho derivado de factores económicos, sino como el resultado de datos objetivos sobre la realidad de la asistencia médica especializada en España.

Con las cifras que se manejan en esta publicación podría llegar a afirmarse que por lo menos durante los próximos años cabría interrumpir el acceso a la formación de especialistas hospitalarios, sin crear problemas en la cantidad disponible de estos profesionales, es decir, que fue una decisión meditada la que llevó a la situación de esa congelación y hoy estamos sufriendo las consecuencias de ello.

Por ponerles un ejemplo, en la especialidad de anestesiólogos, una de las más graves insuficiencias, las plazas de formación convocadas en el período 1980-83 fueron de 79. En 1984 se redujo a 39. En 1985 se aumentó levemente a 43, reiniciándose un ascenso en 1986 para convocar 192 plazas, en 1989. Es verdad que rectifican. En este caso han rectificado, pero tarde y después de graves errores de planificación.

Quisiera, pues, llamar la atención del Grupo Socialista y del Gobierno haciendo brevemente una serie de consideraciones, porque, señorías, no se trata exclusivamente

de formar especialistas para el sistema sanitario, que es un objetivo por supuesto muy importante, sino, cosa que me parece más importante, permitir el ejercicio profesional, porque ustedes saben que se trata de una exigencia comunitaria de cara a 1993: sin especialidad no se podrá ejercer la profesión. Esto es así de claro y de preocupante de cara al futuro.

Por otra parte, es urgente y necesario ampliar el número de plazas para formación de especialistas, ya que de su escasez se derivan fuertes males para nuestro sistema. La deficiente calidad asistencial, las listas de espera, como he dicho antes, los médicos en subempleo, todo eso es consecuencia del actual sistema de formación de especialistas y de los errores que se vienen arrastrando del pasado.

No se comprende, por otra parte, que el propio Ministro de Educación, en una reciente comparecencia en esta Cámara, justifique el «*numerus clausus*» de las Facultades de Medicina como una forma de racionalizar el número de profesionales y que ello no implique, por otra parte, el acceso a la formación de las especialidades. No somos partidarios de esa planificación, pero ni siquiera eso les da resultado.

Nos tememos, por otra parte, que, de continuar así, nuestros graduados universitarios no podrán concurrir en las mismas condiciones de igualdad que el resto de sus colegas comunitarios. Nos va a afectar muy seriamente, señorías, la libre circulación y establecimiento de profesionales y trabajadores, lo que sin duda afectará en mayor medida a nuestros titulados sanitarios por cuenta propia y ajena. Como ustedes saben, incluso la medicina general se convierte en una especialidad, o por lo menos tiene ese mismo tratamiento, según la Directiva 86/457 de la Comunidad, por la cual se establece la necesidad, después de la obtención del título académico, de dos años por lo menos de formación práctica específica.

Se exige, pues, señorías, facilitar los instrumentos de formación y titulación para competir con igualdad con los demás países de la Comunidad Económica Europea. No hablamos pues —y esto también quiero dejarlo claro para posibles errores de interpretación— de suprimir el sistema MIR. Le reconocemos un importante papel desde 1966. Se trata de mejorarlo utilizándolo como sistema principal y, por otro lado, abrir otros sistemas de formación, como pueden ser las escuelas profesionales que permitan un mayor acceso de los licenciados a la formación de las mismas.

Finalmente, y dentro del ámbito genérico de la formación de especialidades a las que he hecho referencia, quiero referirme a la segunda proposición no de ley, que es un problema más concreto, y que es el objeto de la misma. Existe una serie de especialidades, señorías, concretamente, las de medicina de educación física y deportes, medicina en el trabajo, estomatología y medicina legal y forense, cuyo acceso a las mismas por los médicos en formación las sitúa en un lugar de agravio comparativo con respecto a las otras ramas; agravio comparativo que es absolutamente injusto.

Dicha situación fue denunciada por los propios interesados ante la Comunidad Económica Europea, lo que ha

dado lugar a un carta de emplazamiento de la Comunidad a los Ministerios de Sanidad y de Educación.

El problema en cuestión que sirve de fundamento para el mantenimiento de esta proposición no de ley es el reconocimiento de retribución a los médicos en formación de las citadas especialidades como consecuencia de haberlo así dispuesto las órdenes de convocatoria MIR de 1989 y 1990. Es decir, mientras unos médicos se forman con contrato de trabajo y perciben retribución, otros, además de abonar sus tasas y matrículas quedan injustamente discriminados dentro del mismo marco de formación; discriminación que viene dada porque no están recibiendo la remuneración adecuada, ni tampoco la formación que la propia directiva comunitaria 82/76 exige. Directiva que dice textualmente, para ilustración de SS.SS., que la formación a tiempo completo de los médicos especialistas supondrá la participación en la totalidad de las actividades médicas del Departamento donde se realice la formación, incluidas las guardias, de manera que el especialista en formación dedique a esta formación práctica y teórica toda su actividad profesional durante toda la semana de trabajo durante todo el año, según las modalidades establecidas por las autoridades competentes. En consecuencia, esos puestos serán objeto de una remuneración apropiada.

Nos tememos, señoría, que de no cumplirse esta directiva en España se estén formando médicos especialistas sin cumplir los requisitos mínimos exigidos por la Comunidad Económica Europea para dicha formación, siendo esta situación responsabilidad directa de los Ministerios de Sanidad y de Educación y Ciencia.

Señorías, con esto termino mis argumentaciones y vuelvo a repetirles que, al menos, consideren el contenido de esta segunda proposición no de ley, porque como he dicho al principio, ya no se trata de un problema de justicia evidente, sino de dar mandato y cumplimiento a una directiva de la Comunidad Económica Europea que, de no hacerlo así, colocaría al Estado en una situación bastante comprometida.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que quieran intervenir?

Por el Grupo de Izquierda Unida, la señora Maestro tiene la palabra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Con respecto a la primera de las dos proposiciones no de ley quiero decir que mi Grupo va a votar en contra teniendo en cuenta que compartimos una parte de las valoraciones, pero en absoluto las soluciones propuestas.

Izquierda Unida piensa que el sistema MIR en general, y como sistema global, es un buen sistema de formación de especialistas y yo creo que es una de las mayores garantías de los niveles de calidad que está consiguiendo la atención sanitaria pública en nuestro país. Por lo tanto, pienso que como sistema general no debe plantearse su sustitución. Otra cosa es que la sociedad española cambie, como argumentábamos en la anterior proposición no de ley, tiene necesidades diferentes y, por lo tanto, el

sistema sanitario, como otros subsistemas sociales, tiene que adecuarse a las nuevas necesidades.

El señor Diputado del Grupo Popular tiene razón a la hora de valorar la justificación que hizo en un libro el entonces Presidente del FIS, de la reducción de plazas, reducción que está sufriendo la población española en este momento y que es la base de uno de los muchos problemas de las insuficiencias de la asistencia sanitaria pública. El caso que ha relatado es uno de tantos, pero que ha llevado al cierre de quirófanos, no porque no fueran necesarios, sino porque no había especialistas suficientes para atenderlos. Nosotros creemos que es una falta de previsión muy seria por parte de los Ministerios de Educación y de Sanidad, y sorprende, si no son erróneas mis informaciones, que la persona autora de semejante desmán haya sido premiada con una asesoría internacional en materia sanitaria.

En este sentido quiero insistir, y también en relación con la proposición no de ley presentada por el mismo Grupo Popular referida a la tercera edad, en que es necesario adecuar el sistema de formación a las nuevas necesidades de especialidades y que es necesario planificar en función de las necesidades. Es decir, el sistema MIR, el sistema de docencia en nuestro país no debe verse obligado a la formación de todas aquellas personas que lo requieran, sino que tiene como límite lógico, y en absoluto despreciable sino al contrario el que marca el eje de las necesidades, la evolución de las necesidades de salud de la población española. De tal manera que nosotros entendemos que de ninguna manera es aceptable como argumento el que los especialistas en nuestro país puedan plantearse sistemas diferentes al MIR, cuando este sistema funcione, y que éste obedezca a otros criterios fundamentales y determinantes que no sean las necesidades del propio sistema sanitario y, por referencia, del sistema social español.

Sin embargo, Izquierda Unida anuncia su apoyo a la segunda proposición no de ley cuyo contenido, principios y objetivos compartimos totalmente. Además, se está dando una situación que, como el señor Diputado del Grupo Popular señalaba, está siendo de agravio comparativo flagrante.

Sospecho que eventos como las Olimpiadas del 92 puedan haber estado en la base, en principio loable, de un aumento en el número de plazas de una especialidad de la que nuestro país está tan necesitada como es la medicina deportiva, lo que pasa es que este loable objetivo no ha sido seguido de las medidas subsiguientes capaces de garantizar la formación de estos especialistas en las mínimas condiciones de calidad que se exigen en los países de nuestro entorno. Me consta que el Ministerio de Sanidad se ha dirigido a hospitales de esta propia Comunidad de Madrid solicitándole, cuando ya las plazas de MIR estaban adjudicadas, si estas personas podrían rotar por alguno de los servicios de los hospitales de esta Comunidad sin que hubiera programa coherente ni dotación de recursos asistenciales que garantizaran la formación de estos profesionales.

Además, la situación de agravio comparativo no se limi-

ta, como se ha señalado, simplemente a la calidad de la docencia recibida, sino que, a diferencia de otros compañeros, tal y como establecen las condiciones de la convocatoria, estas personas no reciben remuneración alguna, dándose el hecho de que también a diferencia del resto de sus compañeros tienen cuatro meses de vacaciones, lo cual no es el producto de la valoración de que la exhaustividad de su formación exija períodos de descanso tan prolongados, sino que se pretende que los cuatro meses de vacaciones puedan utilizarse para la realización de sustituciones que les permita obtener unos ingresos que el resto de sus compañeros obtienen por una vía mucho más razonable y legalmente contemplada.

Por lo tanto, Izquierda Unida va a apoyar la segunda proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Vallejo, por el Grupo Socialista, tiene la palabra.

El señor **VALLEJO RODRIGUEZ**: Respecto a la primera proposición no de ley, tengo que decir que me llama un poco la atención la terminología en que se expresa la propuesta, en la medida en que la palabra apertura vuelve a sonar aquí para el sistema MIR, cuando también se utilizó en la primera proposición no de ley que hoy hemos visto en el transcurso de esta Comisión, refiriéndose a la apertura del sistema sanitario. Se ve que la apertura es una palabra que da mucho juego.

En definitiva, y después de escuchar las distintas intervenciones, parece que hay un consenso, que estamos todos de acuerdo en que el sistema MIR funciona bien. Parece que es un sistema adecuado para la formación de especialistas, lo cual tranquiliza un poco respecto a la terminología de apertura o no del sistema MIR. Parece ser que, por el contrario, se pretende —digo parece ser, porque no me ha quedado suficientemente claro— ampliar el número de especialistas que puedan salir por distintos medios no sólo por el MIR. Desde este punto de vista, yo creo que hay que tener precaución, porque si hay un consenso en que el sistema MIR parece que es adecuado para la formación de especialistas, abrir el sistema MIR puede suponer también romper esa dinámica de buena formación especializada de los licenciados.

Si, por otra parte, lo que se pretende es que todos los licenciados que salen hoy de las facultades tengan acceso a una formación especializada, quizás —digo quizás— haya que decir que eso no es posible, porque lo contrario tal vez sea crear unas expectativas falsas. Y dado que no existe un «*numerus clausus*» para adecuar el número de solicitudes y, por tanto, el número final de licenciados en medicina y en cirugía, a las necesidades del país, tampoco parece que sea posible pensar que todos los que acaban la carrera de medicina, como otras, puedan al final encontrar un puesto de trabajo, porque no se adecua ese número a la necesidad de la sociedad española. Quizá sea, digo, crear una falsa expectativa y, en definitiva, puede ser bonito, puede quedar estéticamente bien planteado ante la sociedad, pero puede no ser eficaz y, sobre todo, realista. Por otra parte, creo que no tiene sentido hablar

de falta de dotación presupuestaria cuando se ha aumentado en el año 1990 más del 51 por ciento el presupuesto para formación de especialidades.

En definitiva, el Grupo Socialista se va a oponer a esta proposición no de ley porque nos parece poco concreta, por una parte, y porque, además, este tema ha sido ya objeto de debate en muchas ocasiones, a través de preguntas, interpelaciones y otras propuestas presentadas a su aprobación, y siempre hemos dicho, como ahora, que el proyecto de ley de especialidades sanitarias y las disposiciones relativas a los programas de formación de las distintas titulaciones académicas ya están en marcha. Se está elaborando ese proyecto de ley y, por tanto, parece que aprobar esta proposición no de ley en este momento no aportaría absolutamente nada nuevo; por el contrario, podría entorpecer algo sobre lo que se pretende alcanzar un consenso, ya sea ante el Ministerio de Educación o el de Sanidad, con organismos, con personas y grupos sociales que resulten afectados.

Respecto a la segunda proposición no de ley, habría que decir —no me ha parecido escucharlo— que el Real Decreto 127/1984, por el que se regulan los grupos de especialidades de MIR establece una triple división. Un primer grupo, que es el que abarca el mayor número de especialidades, hace referencia a los grupos MIR que requieren básicamente formación hospitalaria. Comprende 41 especialidades de todas las que se imparten en el MIR. El segundo es el que no requiere básicamente la formación hospitalaria y el tercero no requiere de ninguna manera, ni siquiera básicamente, la formación hospitalaria.

En el segundo grupo se incluye la medicina familiar y comunitaria, la medicina preventiva y salud pública. Lo hago explícito para saber de qué estamos hablando, el número de especialidades y de los temas que abarca.

En el tercer grupo se incluirían estomatología, hidrología, medicina espacial, medicina de la educación física y el deporte, medicina legal y forense y medicina del trabajo.

De estos dos últimos grupos, el primero no presenta problemas respecto al contrato, porque requiere una formación hospitalaria básicamente. Pero, además, hay una relación de trabajo, ya sea hospitalaria o extrahospitalaria, y eso conlleva que hay un contrato de trabajo fundamentalmente con la sanidad pública. Por tanto, hablamos de los otros dos grupos. Como en esta proposición no de ley se hace referencia a una normativa de la Comunidad, la 82/1976, hay que señalar explícitamente que esa normativa comunitaria habla de un tipo de formación a tiempo completo, cosa que no se da necesariamente en el segundo y tercer grupo MIR. Si, además, tenemos que hacer referencia al futuro de las especialidades, hay que decir también que España no incluye entre las especialidades de libre circulación ninguna de esos dos grupos que no sea la de estomatología. Habría que señalar, por tanto, que de contemplar alguna modificación en el contrato de trabajo, en la relación laboral, de contemplar algo que requiera estudiar qué cambios se introducen, sería en esta especialidad de estomatología.

En consecuencia, en este momento el Grupo Socialista

va a votar en contra de esta proposición no de ley. **(El señor Hernández Mollar pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hernández Mollar, al señor Peralta no se le ha dado la palabra. No podemos hacer excepciones. No insistá, por favor.

Vamos a pasar a las votaciones. Votamos la primera proposición no de ley debatida.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, seis; en contra, 16; abstenciones, una.

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

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, siete; en contra, 15; abstenciones, una.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

— **RELATIVA A LA MODIFICACION DEL BAREMO DE MERITOS PARA LA PROVISION DE PLAZAS DE FACULTATIVOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (Número de expediente 161/000243)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos, por último, a la proposición no de ley relativa a la modificación del baremo de méritos para la provisión de plazas de facultativos en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, a solicitud del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra el señor Villalón.

El señor **VILLALON RICO**: Brevemente, para terminar esta sesión, el Grupo Popular presenta esta iniciativa parlamentaria por lo que consideramos una medida injusta para ciertos profesionales médicos —fundamentalmente especialistas jerarquizados, médicos especialistas en hospitales del Insalud— al modificarse el baremo de méritos que establecía el Real Decreto 1.033/1976, de 9 de abril, por el Real Decreto 2.166/1984, de 28 de noviembre.

Para entender un poco esta iniciativa, ya que en las anteriores se ha hablado del MIR, me voy a remitir escuetamente a la historia reciente de los médicos residentes.

La estructuración, tal como hoy la conocemos, del acceso de los médicos y otros profesionales sanitarios al sistema MIR se remonta al año 1976, que es cuando se establece el concurso oposición a nivel nacional para acceder a una plaza de formación postgraduado, según la calificación obtenida.

Por otra parte, quiero decir que el sistema de formación siendo residente es antiguo, se remonta a 50 años en España. Hay unos hospitales que son los que toman esta iniciativa. Entre ellos hay que citar el de la Concepción de Madrid y el Hospital General de Asturias. Desde entonces, progresivamente, se van incorporando los hospitales españoles de la red, fundamentalmente los de la Seguri-

dad Social. En esos años, poco a poco, la formación se iba dando en los hospitales de lo que hoy conocemos como Insalud, entonces eran de la Seguridad Social, y se iba complementando esa formación de los médicos postgraduados en las escuelas profesionales de los hospitales clínicos universitarios. Es a partir de 1976, como decía antes, y en dos o tres años, cuando se integran todos los hospitales de la red sanitaria en la formación postgraduado y, por supuesto, van desapareciendo paralelamente las escuelas profesionales donde se formaban estos médicos.

Pues bien, esta iniciativa va dirigida a aquellos médicos que realizaron su formación en las escuelas profesionales donde se preparaban con rigor científico, mediante un trabajo serio, y que en la actualidad ven que no están salvaguardados sus derechos y que se está estableciendo un trato discriminatorio. Pero, además, hay que hacer hincapié en el caso curioso de que aquellos profesionales sanitarios que se formaron en las escuelas profesionales acceden a puestos de trabajo en los distintos hospitales según el baremo existente a partir de 1976 en el que se establecía la puntuación para los médicos residentes de las Facultades de Medicina, Beneficencia y Seguridad Social, siempre que hubieran cumplido los tres años de especialidad.

En la actualidad —más que para acceder a un puesto de trabajo, ya que a lo largo de estos años la gran mayoría, si no su totalidad, disponen de un puesto de trabajo hospitalario— ellos sienten que sufren un trato discriminatorio en relación a acceder a un puesto de superior jerarquía hospitalaria o a otro puesto por la vía del traslado de un hospital a otro. Es por esto que en el baremo de 1984 no se prevé la puntuación para aquellos profesionales que se formaron fuera del sistema MIR.

Por otra parte, no queremos que esto sirva de puerta falsa o de entrada libre para todos aquellos otros profesionales que han conseguido su título de especialidad de una forma al margen de lo que son los criterios rígidos y estructurales de una formación. Por eso, instamos al Gobierno a que modifique el baremo de acceso a plazas jerarquizadas pero para todos los que acrediten una docencia y una formación concordantes con el sistema.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que deseen intervenir? **(Pausa.)**

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Argany.

El señor **ARGANY FAJARDO**: Señor Presidente, estas tres proposiciones no de ley podrían haberse resumido o condensado en una sola, porque en ellas se han debatido el tema de los MIR, su accesibilidad, su especialización, el acceso de distintos colectivos al título de especialistas, pero en estos momentos lo que se está debatiendo no es si los especialistas en Medicina pueden acceder o no a plazas de la Seguridad Social sino el baremo de méritos. Se está hablando de si cualquier especialista que no haya salido vía MIR —con lo que se reconoce que hay otros métodos para optar al título de especialista— puede optar en igualdad de condiciones que aquellos que lo han hecho por el MIR. En otras palabras, si a los que hayan accedido por

la vía MIR se les puede quitar la puntuación que hayan obtenido en cualquier concurso oposición.

Aquí ya se ha hablado de la excelente calidad que en estos momentos tienen los médicos o especialistas facultativos sanitarios que se han formado por la vía MIR, así como de la justeza del método que actualmente existe e, incluso, de las limitaciones, y así ha sido reconocido por el propio Ministerio.

En esto hay un extremo que debería quedar bien claro. En primer lugar, el tipo de profesionales que nosotros necesitamos para las instituciones públicas en estos momentos. La transformación social de la medicina ha supuesto el paso de una medicina individual a otra organizada. Sabemos que todos los que se formaron en las escuelas profesionales de salud, en muchísimas ocasiones, tenían una excelente formación asistencial. Ahora, no negando que muchos la tengan, se exige, además de una buena formación asistencial, que tengan bien desarrolladas las tres patas en las que se debe basar la sanidad actual: la docencia, la investigación y la asistencia. Es la organización que se prevé para todos los médicos especialistas que hacen la especialidad por la vía MIR. ¿Por qué? Usted sabe de sobra las influencias ambientales que hay en estos momentos, las enfermedades profesionales, el sida, la diabetes, las enfermedades reumáticas, los accidentes cardiovasculares, etcétera, y su gran incidencia. Tiene que haber una relación directa entre los médicos, los especialistas y ese tipo de sociedad. En este sentido lo que se ha hecho ha sido integrar los conocimientos científicos de los médicos en determinados patrones de conducta.

Es decir, lo que es necesario establecer en estos momentos es la definición del profesional que se quiere formar en un momento determinado. No sólo es un profesional con el título de especialista sino que es un profesional que tiene el título de especialista para ejercer en instituciones públicas, al servicio de la Seguridad Social, que va más allá que la atención individualizada del enfermo en un determinado momento.

Se exige gente que ofrezca una mayor calidad asistencial y promoción de la salud; gente que sea capaz de racionalizar el gasto sanitario y que pueda afrontar de una manera eficaz los problemas que se plantean en la sociedad.

En un momento determinado todos aquellos especialistas que quisieron acceder a esos puestos por otras vías tuvieron la oportunidad —reconozco que era un poco complicado, efectivamente— de equipararse a los que lo iban a hacer por vía MIR. Pero de lo que se trata no es de hacer la valoración del especialista, sino de los puntos que se le pueden conceder para acceder como especialistas a la Seguridad Social. Hay que tratar de no confundir, porque podemos insinuar que la especialidad es un requisito indispensable para acceder a un puesto de facultativo de la Seguridad Social, tal como lo presenta la proposición no de ley, que no habla de las escuelas profesionales sino que menciona simplemente el ser especialista. Para acceder a un puesto de la Seguridad es absolutamente indispensable el título de especialista. Este es el único requisito.

Lo único que ocurre es que indefectiblemente no se les puede negar sus derechos a aquellos individuos que además hayan tenido un proceso de formación y experiencia profesional dirigidos hacia la sanidad pública, pidiéndoles que renuncien a una serie de puntuaciones que se les prometió y que han obtenido por un concurso libre de méritos, pasando por un examen y una evaluación que está contemplado en la Ley 127/1984.

Por otro lado, si las escuelas o los hospitales privados hacen una inversión, la Ley 127/1984 contempla la posibilidad de formación de gente con la especialidad MIR para que puedan acceder también a estas plazas.

Para nosotros lo que es fundamental es que a unos individuos, que han accedido a través de exámenes y que han tenido una formación prolongada y una evaluación continuada, en un momento determinado, no se les pueda quitar aquella puntuación, aquel baremo por el cual tienen derecho a acceder a una plaza pública. Y esto no quiere decir que aquellos especialistas que lo hayan hecho por otra vía no puedan acceder, aunque no se les puntúe.

En resumidas cuentas, poco más hay que decir. Es cierto que esto plantea bastantes injusticias; yo, de hecho, tengo amigos que siempre me lo plantean. Ni el Gobierno ni el Ministerio han sido insensibles a ello y; tanto desde el Ministerio de Educación como desde el Ministerio de Sanidad, en sus diferentes comparecencias, han anunciado su voluntad de modificar el sistema y las normativas que existen actualmente, adaptándolas también a las normativas comunitarias de las que ustedes han hablado, porque precisamente hay una troncalización de la especialidad con nuevas subespecialidades. Pero se plantean más problemas en estos momentos...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Argany, vaya acabando, porque se le acaba el tiempo.

El señor **ARGANY FAJARDO**: Para que ustedes puedan veranear tranquilos, voy a ir acabando.

El problema planteado precisamente es que los distintos colectivos profesionales no se ponen de acuerdo —no solamente nos tenemos que poner de acuerdo los políticos— en esta iniciativa que han traído ustedes sobre cuál sería el modelo de integración. A la vez, hay un agravio colectivo de todos los MIR, que no solamente se manifiestan para pedir aumento de sueldo, sino que también se han manifestado para que otros colectivos no puedan acceder. Es un problema social importante en el cual se está trabajando, que yo creo que su proposición no de ley no lo resuelve exactamente. Nosotros estamos de acuerdo en el principio de su proposición no de ley, en que es un problema en el que realmente debe incidirse más, pero no en su forma. Por tanto, no la vamos a aceptar.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestra, para medio minuto que me ha pedido.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Menos quizás, señor Presidente. Sólo quiero señalar que Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya comparte las argumentaciones

del señor Diputado del Grupo Socialista y, por lo tanto, va a votar en contra, porque entiende que la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular no refleja la realidad, ya que no es una condición «sine qua non» el haber obtenido el título por vía MIR y, sin embargo, nosotros creemos adecuado que se establezcan diferenciaciones con respecto a la valoración de los diferentes caminos por los cuales se llega a obtener la especialidad.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la votación de la proposición no de ley.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Hemos agotado el orden del día. Les deseo que aprovechen el descanso de este verano, porque la Comisión ha trabajado muy duramente y se lo han merecido.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta y cinco minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961