



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1992

IV Legislatura

Núm. 398

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 46

celebrada el miércoles, 26 de febrero de 1992

ORDEN DEL DIA:

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Griñán Martínez), para informar:

- Sobre la política general de su Departamento. A petición propia (número de expediente 214/000054)
 - De la política que desarrollará en su Departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular (número de expediente 213/000374)
 - Acerca de las líneas fundamentales y objetivos de la política de su Departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 213/000382)
 - Para explicar, tras la dimisión del anterior titular de dicho Departamento, la política sanitaria que piensa aplicar. A solicitud del Grupo Parlamentario del CDS (número de expediente 213/000395)
-

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

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

Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, a petición propia, del Grupo Popular, del Grupo de Izquierda Unidad-Iniciativa per Catalunya, y del Grupo del CDS, para informar sobre política general de su Departamento.

Está con nosotros don José Griñán, Ministro de Sanidad y Consumo, al que damos la bienvenida a la Comisión. Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señor Presidente, señorías, quisiera en primer lugar expresarles mi satisfacción por comparecer ante esta Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados y también agradecerles la oportunidad de informarles y poder debatir sobre las líneas de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Creo que el diálogo sobre la sanidad es necesario y, consecuentemente, también es una obligación de todos los que asumimos la responsabilidad de dar respuesta a los requerimientos sociales. Mi presencia hoy aquí tiene su justificación inmediata en el relevo que se ha producido en el Ministerio de Sanidad y Consumo y, a la vez, en mi convencimiento personal de que antes de comparecer en cualquier otro foro debía hacerlo en este Parlamento. No vengo sin embargo a exponerles una política que establezca cambios profundos, según les dije ya en el Pleno del Congreso, sobre la trayectoria marcada por los distintos gobiernos socialistas. Me incorporo como Ministro a una legislatura que ya desarrollaba una política sanitaria, expuesta en diversas sesiones de esta Cámara por mis predecesores, política que ha hecho de la Ley General de Sanidad una vía de actuación para las administraciones públicas y del Sistema Nacional de Salud una pieza fundamental de la política de los gobiernos socialistas.

En la Ley General de Sanidad se dota a nuestra sociedad de un sistema sanitario público que alcanza a todos los españoles sin discriminación. La Ley establece para ello que el Sistema Nacional de Salud se financie con recursos públicos, que la utilización de los servicios sanitarios se base en el criterio de necesidad y que la gestión del sistema encomendada a las administraciones públicas pueda realizarse con provisión de recursos públicos o privados.

Como ya he manifestado en otra oportunidad ante esta misma Cámara, la extensión de la sanidad a toda la población, la atención integral de la salud, la equidad y la solidaridad no son sólo los principios generales inspiradores del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sino la respuesta política con la que nuestra sociedad aborda los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. Son, en definitiva, señorías, principios, programas y objetivos; por tanto, mi presencia en el Ejecutivo no se ha debido a que quebrara ninguna línea

política o a cualquier otra dificultad relacionada con el quehacer específico del Departamento. El cambio de responsable, que no de política, ha posibilitado una transferencia sin pausa, en la que el Ministerio no ha dejado de funcionar.

Los principios de la política sanitaria del Ministerio fueron ya expuestos en esta misma Cámara por el señor García Valverde el pasado 26 de septiembre; quedaron entonces definidas las líneas de actuación y los programas de actividades que iba a desarrollar el Ministerio. Estas líneas se pueden resumir, por un lado, en la prioridad que se concede al desarrollo de una política de salud pública y, por otro, en el objetivo siempre presente de consolidar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad de los servicios sanitarios. No quiero, señorías, ser redundante con aquella intervención. Ha pasado poco tiempo desde entonces y no tenemos por tanto razones objetivas para cambiar estos programas de actuación. Es mi deseo, por tanto, que esta intervención abunde en alguno de los problemas que afectan al sistema sanitario español, cuya solución exige reflexión, análisis, valoración rigurosa y también, por qué no decirlo, determinación. Para ello creo que es preciso hacer un breve balance de situación en relación con los logros del sistema sanitario y los retos que deberemos afrontar inmediatamente.

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en el año 1986 se ha realizado un esfuerzo enorme para consolidar definitivamente el Sistema Nacional de Salud. Recordaré solamente algunas de las medidas más relevantes: la extensión de la cobertura pública de asistencia sanitaria, que ha pasado del 82 al 99 por ciento; la financiación mayoritaria por ingresos del Estado, a partir de la modificación del sistema de financiación del Insalud que fue introducida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989; la transferencia, con la excepción de Canarias, del Insalud a todas las comunidades autónomas con competencias en la gestión de la Seguridad Social; el aumento del gasto público por persona protegida y, por último, el desarrollo de múltiples programas de mejora y extensión de los servicios sanitarios públicos, en especial el de reforma de la atención primaria de la salud.

Todos estos avances son por los demás respuestas interiorizadas por la propia población española que en todas las encuestas manifiesta su absoluto compromiso con un sistema sanitario público, con un sistema sanitario de cobertura universal y redistributivo en su financiación y en su provisión de recursos. El sistema sanitario público es hoy, señorías, una conquista de la sociedad española. Junto a ello, y precisamente por todo ello, gozamos en la actualidad de mejores niveles de salud. Como es bien conocido por SS. SS., España ocupa dentro de los países desarrollados un puesto destacado en los indicadores de salud. La esperanza de vida al nacer en España es de 76,5 años aproximadamente, mientras que la media de la OCDE es de 75 años. La mortalidad infantil es de 8,1 muertes por mil nacidos vivos, en contraposición a los 10,6 de la media de la

OCDE. En otros indicadores de salud más estrechamente relacionados que los anteriores con el funcionamiento de los servicios sanitarios, como pudieran ser la mortalidad materna o la tasa de mortalidad sanitariamente evitable, España también muestra indicadores favorables en su comparación con los países europeos occidentales.

Es cierto también que en paralelo a todas esas conquistas y en los resultados que acabo de destacar son todavía mucho los problemas que quedan por solucionar. Estos problemas nos están obligando, por un lado, al impulso de una política de salud y, por otro, al desarrollo de políticas para luchar contra las desigualdades sociales y contra las desigualdades interterritoriales. Persisten en nuestro país problemas de salud de considerable relevancia que no pueden ser ignorados; entre ellos citaré algunos que nos demuestran la importancia de ciertas carencias que todavía mantiene el sistema sanitario.

España es hoy uno de los países europeos con mayores tasas de mortalidad por accidente de tráfico, vinculándose al alcohol un 40 por ciento de los accidentes mortales. Los accidentes son también la principal causa de muerte entre los jóvenes, siendo además causa de un importante número de discapacidades. El tabaco es causa del 13 por ciento de los fallecimientos y es responsable a su vez del 30 por ciento de todas las muertes por cáncer. Todavía, en 1990, se declararon en nuestro país bastantes casos de zoonosis que, como saben SS. SS., acostumbran a estar ligados a condiciones de pobreza y abandono sobre los que hay que ser particularmente beligerantes. Hay todavía unas elevadas tasas de siniestralidad laboral y de accidentes en el hogar, afectando estos últimos de forma importante a la población infantil. Por último, un dato significativo es que el 53 por ciento de los niños españoles tiene caries.

Todo esto nos demuestra que queda mucho camino por recorrer, que hay todavía mucho que hacer para mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población. La capacidad de todo sistema para solucionar muchos de los problemas de salud es, sin embargo, limitada. Precisamente esto es lo que impide el desarrollo muchas veces insuficiente de políticas de salud.

Mientras esté autorizado, señorías, en la cultura de nuestra sociedad que la solución de los problemas de salud es competencia exclusiva de los servicios sanitarios, no solamente estaremos sanitando de forma innecesaria algunos problemas y escogiendo la solución menos eficaz socialmente y la más costosa, sino también expropiándonos un bien personal intransferible, cual es la salud, atribuyendo su exclusiva protección a agentes externos a nosotros mismos.

Conviene recordar, antes de hablar de los retos que el futuro inmediato nos impone, que los notables avances logrados en la consolidación del Sistema Nacional de Salud hace que el debate sobre el modelo sanitario, que era el punto de atención relevante antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad, haya dado paso hoy a otro debate sobre aspectos que compartimos

con todos los países de nuestro entorno social y de nuestro entorno económico. La asignación de recursos al sistema sanitario, la evaluación de la efectividad de los servicios de salud y la búsqueda de la estructura y de la organización más adecuadas para el funcionamiento de los servicios sanitarios son elementos comunes del debate sobre la sanidad en todos los países occidentales desarrollados; por supuesto, también en el nuestro.

Así las cosas, entiendo que si queremos conseguir un amplio consenso —insisto en esto: si queremos conseguir un amplio consenso— sobre la sanidad deberemos empezar alcanzando un consenso político amplio sobre el Sistema Nacional de Salud como sistema de cobertura universal, financiado públicamente, orientado básicamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y cuya línea principal sea precisamente la corrección de las desigualdades. Obtenido este consenso básico sobre lo fundamental, estaremos en condiciones de poder desarrollar el debate y los posibles acuerdos sobre soluciones concretas a problemas concretos que mejoren el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, señorías, quisiera indicar desde el principio, al hacer el análisis de las causas más profundas y de los problemas de nuestro sistema sanitario, un principio para mí esencial: el Sistema Nacional de Salud, tal y como lo acabo de definir, tal y como está enmarcado en la Ley General de Sanidad, es una conquista social irrenunciable. Y diría más: es un bien histórico que, socialmente, ha cristalizado y que debemos valorar y defender en todo lo que de positivo y avanzado tiene.

A partir de este compromiso con el sistema sanitario público estamos obligados a un debate político serio y riguroso sobre la sanidad española. Un debate que debemos impulsar los políticos y que ha de trascender a toda la sociedad. Porque el problema sanitario afecta directamente a todos los ciudadanos y, por ello, el diálogo debe superar los particularismos, debe superar los modelos rígidos o los clichés que hasta hoy lo han encorsetado.

Señorías, hay que discutir sobre la realidad. No podemos utilizar la sanidad como arma arrojada para fines distintos al interés del ciudadano. Hay que recordar que los recursos sanitarios, su organización, su gestión, no son sino un instrumento. El fin último que lo justifica es la eficaz protección de la salud y la atención más eficiente posible a cada persona cuando haya contraído una enfermedad. No podemos, en fin, hacer del deseo o de la ilusión dogmas incontrovertibles. Permítanme por ello que aborde algunos de los problemas que creo condicionan hoy la realidad sanitaria y que requieren un debate sobre su situación, sobre su futuro, así como las respuestas efectivas y solidarias que deberemos aportar.

Para hacer más clara la exposición, dividiré de forma esquemática los problemas que afectan al sistema sanitario en dos grandes grupos: los derivados de un entorno social cambiante y los generados por el pro-

pio funcionamiento del sistema. Es, como digo, solamente un esquema, pues los problemas están imbricados los unos con los otros.

La política sanitaria tiene, como es natural —y lo decía antes—, un solo objetivo: mejorar la salud de la población. Es necesario, por tanto, tener en consideración la dimensión social y cultural de la sociedad para poder analizar los problemas de los sistemas sanitarios y abordar así las mejoras.

De entre los cambios relevantes, importan, ciertamente, los demográficos y los que se producen en la estructura de la sociedad y en sus comportamientos. Los cambios en la estructura demográfica de la población van a tener en el inmediato futuro especial relevancia en el funcionamiento del sistema sanitario. El envejecimiento de nuestra sociedad, producido por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, es un problema que no podemos ignorar. Para el año 2000, aproximadamente el 15 por ciento de la población de nuestro país tendrá más de 65 años y cerca de un millón de nosotros tendrá más de 80 años.

El progresivo envejecimiento de la población se acompaña de un aumento en la incidencia de enfermedades que tienen carácter crónico, carácter degenerativo y, por tanto, de discapacidades que aumenten la demanda de cuidados sanitarios y de asistencia social. Se estima que en la actualidad una persona mayor de 65 años consume tres veces más recursos sanitarios que la media de la población.

Otro cambio importante es que hemos dejado de ser un país exportador de mano de obra para convertirnos en tierra de inmigración. Tendencia ésta difícilmente evitable y con la que conviene aprender a convivir, y a convivir bien, señorías. Este es un fenómeno, además, que incide de dos maneras sobre las demandas de servicios sanitarios. Por una parte, la inmigración norteafricana y, por otra, la residencia estacional o definitiva en nuestras costas de los jubilados del Norte de Europa.

Por otra parte, la modificación de las causas de enfermedad y muerte en nuestro país están generando nuevas y diferentes demandas de asistencia que se dirigen más a los cuidados que a la curación. La modificación de las necesidades sanitarias vinculadas a los cambios demográficos y, en especial, al envejecimiento; la necesidad de atender a las patologías derivadas de los estilos de vida inadecuados o asociadas a factores medioambientales; y, por último, la demanda de servicios de carácter preventivo asistencial, producida por el aumento de la incidencia y de la prevalencia del sida, van a condicionar la configuración de los servicios sanitarios en el futuro más inmediato. Van, por tanto, a condicionar toda la orientación del Sistema Nacional de Salud.

También, señorías, aunque sea brevemente, quiero referirme a algunos cambios que se están produciendo en nuestra sociedad y que tienen, están teniendo ya, una especial incidencia sobre el sistema sanitario. Hay en nuestra sociedad, como ocurre en otras sociedades de-

sarrolladas, una progresiva insatisfacción con la salud pública. Las sociedades avanzadas se sienten más preocupadas por su salud y, en general, más enfermas que lo que consideraban que estaban hace 50 años. Este es un fenómeno que se viene a llamar la paradoja de la salud, y es que la sociedad se siente más enferma cuando sus indicadores de salud van mejorando.

Hay razones, desde luego, objetivas que explican este fenómeno, como el envejecimiento de la población o unas expectativas, en ocasiones no fundamentadas, sobre las capacidades del sistema sanitario y la medicalización de la sociedad. Pero, en lo fundamental, este es un fenómeno de insatisfacción que se da como consecuencia del extrañamiento o de la alienación de la propia salud a que antes me refería. El individuo no se responsabiliza de su propia salud, que deja en manos de otro. La pérdida de este concepto de la salud como algo propio no sólo cosifica las demandas, sino que altera la aceptación del envejecimiento, de la enfermedad o de la muerte. Es parte, por tanto, de la política de educación sanitaria el devolver el sentido de la realidad en este extremo e insistir en que la salud no es enajenable.

Por último, los cambios en el seno de la familia, cada vez menos capaz e inclinada a proporcionar cuidados, es otra de las dinámicas sociales que está generando un aumento en la demanda de los servicios sanitarios. El número de cuidadores potenciales que se ha dado históricamente en el seno de la familia ha disminuido considerablemente en las últimas décadas. El tamaño de la familia se ha reducido progresivamente y la mujer se ha incorporado progresivamente al mercado de trabajo.

Un estudio reciente realizado en el Reino Unido demostraba que una pareja típica que se hubiera casado en 1920 y ahora tuviera 80 años tendría, aproximadamente, unos 42 parientes femeninos y 14 de ellos sin trabajo fuera del hogar. Una pareja similar que se hubiera casado en 1950 y que cumpliera 80 años en la primera década del siglo XXI tendría 11 parientes femeninos, de las cuales cuatro no desempeñarían trabajos remunerados. El ejemplo puede ser trasladado perfectamente a nuestro país, aumentando sin duda los datos primeros y manteniendo estables los segundos. Quiere, pues, decirse que en esta provisión informal de recursos y de atención sanitaria, que se ha dado históricamente en el seno de la familia, se ha visto considerablemente alterada y debilitada en los últimos años y, más aún, en el cuidado de los ancianos.

En cuanto a los problemas ya más concretos de los servicios sanitarios, me quiero referir a los relacionados con la satisfacción de los usuarios, con la desmotivación profesional, con el crecimiento del gasto sanitario, con la tecnología y con la organización y gestión de los servicios sanitarios.

La inmensa mayoría de los españoles opina que la sanidad debe ser el destinatario preferente del gasto público. Un amplio 72 por ciento considera que la necesidad más urgente del Sistema Nacional de Salud

es su reorganización. La lectura de estos datos nos indica bastante claramente que mientras no se pone en cuestión la existencia del modelo sanitario público, la opinión de los ciudadanos, sin embargo, se manifiesta mayoritariamente favorable a la introducción de medidas de mejora en su funcionamiento.

Los aspectos que generan una mayor insatisfacción en relación con el Sistema Nacional de Salud, son: la escasa atención a las preferencias individuales, en especial la ausencia de libre elección de médico de familia, la falta de información y trato inadecuado en los centros sanitarios públicos y, en tercer lugar, los tiempos de espera prolongados para poder ingresar en el hospital.

Otro problema de importancia que hemos de considerar es el de la desmotivación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. La desmotivación en algunos sectores profesionales obedece a causas muy distintas y, no cabe duda, el aumento de la burocracia y de los mecanismos de control sin una mejor alternativa de la autonomía y eficiencia en la gestión de los servicios es posiblemente el sustrato principal del descontento.

Aunque a la sanidad y a la medicina les une el objetivo común de la salud, su ejercicio diferenciado, su tradición y lenguajes diferentes han llevado a médicos y a gestores a no entenderse convenientemente. Mientras para el médico o la enfermería cada persona que atienden es un problema diferente, el gestor sanitario debe centrar, sin embargo, su preocupación, en utilizar unos medios limitados, los medios de que dispone, según prioridades y necesidades más perentorias. Es, pues, necesario promover este entendimiento impulsando la formación sanitaria de los primeros y el conocimiento de la realidad práctica de las profesiones sanitarias de los segundos.

Por otra parte, el gasto sanitario absorbe ya en España un porcentaje importante del PIB y, aun así, la presupuestación sigue siendo insuficiente. Los aspectos más destacados del gasto sanitario son el crecimiento a una tasa interanual deflactada próxima al 10 por ciento, las importantes diferencias entre el presupuesto inicial y las obligaciones reconocidas en cada ejercicio y el progresivo aumento del deslizamiento de las deudas contraídas hacia ejercicios posteriores. Estas tendencias —y esto es muy importante, señorías— demuestran que la restricción presupuestaria por debajo de la suficiencia financiera no ha sido un buen instrumento de control teniendo el efecto perverso de incrementar el gasto al desvincular el presupuesto de la gestión.

Otro factor de importancia obvia a tener en cuenta es el tecnológico. La tecnología será posiblemente el componente más importante del crecimiento del gasto en los próximos años. La introducción de las nuevas tecnologías en sanidad, al contrario de lo que ocurre en otros sectores de los servicios, no sustituye a las tecnologías anteriores, sino que aumenta las necesidades de personal y de especialización y provoca al mismo tiempo nuevas demandas.

Por otra parte, la introducción, y la utilización de la tecnología sanitaria se está produciendo en la actualidad por decisiones localizadas en la provisión de servicios y no desde el sujeto financiador. Esta situación impide, lógicamente, el control sobre el crecimiento del gasto sanitario y conduce a la desigualdad en el acceso de los servicios. La notable incidencia de la tecnología sobre el gasto contrasta con la escasa evaluación de su eficacia clínica y, aun en mayor medida, de su eficacia en términos de coste-beneficio o de coste-efectividad.

Por último, aparecen problemas en la propia organización y en la propia gestión de los recursos sanitarios. Como SS. SS. saben, no ha existido históricamente una separación nítida entre los servicios sanitarios públicos y las administraciones públicas de quienes dependen. Así las cosas, se ha incrementado la burocracia y se ha concedido estrechos márgenes de autonomía a la propia gestión de los centros.

Otro problema derivado de esta circunstancia es la atracción hasta los servicios sanitarios de las formas clásicas de organización y funcionamiento de la Administración pública, las cuales se adaptan mal a las necesidades de gestión y dificultan la profesionalización de los propios gestores. La confusión entre Administración pública y gestión de los servicios sanitarios, a la que más adelante me referiré, es un sustrato fundamental de alguno de los problemas organizativos y de gestión del sistema sanitario público.

Hasta aquí, señorías, el análisis de los problemas, a mi juicio, más importantes y de los servicios sanitarios que aquejan al sistema sanitario, a los servicios sanitarios, en el momento actual. A partir de ellos querría relacionar cuáles van a ser los objetivos que orientan la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como los instrumentos principales para poder alcanzarlos. Para terminar haré una referencia explícita a la estrategia necesaria para profundizar en los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Quiero resumir los objetivos de la política sanitaria que impulsa el Ministerio de Sanidad y Consumo en los siguientes puntos: más salud, mayor solidaridad y mejores cuidados.

Más salud, señorías. Como he dicho a lo largo de mi intervención, alcanzar mejores niveles de salud es la principal misión del sistema sanitario y uno de los objetivos principales de la sociedad en su conjunto. El papel estratégico que en este sentido tiene la administración sanitaria es claro y, además, irrenunciable. Su obligación primera es valorar la salud de todos los españoles y desarrollar las acciones necesarias para protegerla y para mejorarla. El cumplimiento de esta obligación requiere una planificación mediante el desarrollo de políticas de salud.

A este respecto sí quisiera extenderme un poco en definirles lo que entendemos por políticas de salud. En este concepto están implicadas tres acciones de las administraciones sanitarias y, por lo tanto, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La dimensión interterritorial que tiene la salud conduce a la elaboración de una estrategia de salud. Esta estrategia está siendo elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con los departamentos, administraciones y sectores implicados. ¿Cuál es el objetivo? El objetivo que perseguimos es, fundamentalmente, coordinar la política sanitaria con otras políticas sectoriales que tienen especial y particular incidencia en la salud. Para ello se han identificado los principales problemas y necesidades de salud, así como los objetivos, estableciendo unas metas en colaboración con los diferentes agentes mencionados. Junto a ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo debe establecer las bases y coordinar la salud pública transferida hoy a las comunidades autónomas.

El ejercicio de la autoridad sanitaria en materia de salud pública tiene una particular importancia en estos momentos. Como saben SS. SS., salvo en lo relativo a sanidad exterior, la salud pública, en su concepto histórico de sanidad e higiene, es de la competencia de las comunidades autónomas. El Estado se reserva las funciones de coordinación, la alta inspección y la difusión de las redes de alerta, estando, sin embargo, los medios de actuación inmediata en las administraciones territoriales; de ahí la importancia de fortalecer la coordinación y la dimensión interterritorial de esta política. La salud pública ha dejado de ser ese problema básicamente higienista que tiene su solución más eficaz en medidas locales de saneamiento integral que pueden y que de hecho deben desarrollar las administraciones territoriales. Hoy día, sus problemas se han convertido en problemas de alcance incluso internacional que nos están exigiendo medidas territoriales compatibles, medidas territoriales que sean coherentes en ámbitos de mayor amplitud. Hoy, los problemas básicos de salud afectan a la seguridad del consumo o tienen relación con el actual orden económico. Son problemas relacionados con el medio ambiente; son problemas relacionados con la higiene de los alimentos, que en un mundo de libre circulación de personas, de mercancías, capitales y servicios, nos exigen medidas armonizadas que cubran todo el espacio de circulación. Así las cosas, me propongo establecer acuerdos con las comunidades autónomas en lo referente a estructuras interterritoriales, a políticas compatibles de personal, a medios homogéneos y a mecanismos compatibles de verificación a lo largo de todo el territorio español.

Por último, la estrategia de salud debe también orientar la política de salud del Sistema Nacional de Salud. Para ello, la Ley de Sanidad establece la elaboración de un plan integrado de salud, que tiene realmente que integrar los planes regionales de salud de las comunidades autónomas con criterios generales de coordinación. Este plan integral de salud es el que tiene, después, que orientar el desarrollo de los servicios sanitarios. Por lo tanto, el desarrollo de políticas de salud tiene tres dimensiones: la elaboración de una estrategia de salud intersectorial, el establecimiento de las bases y la coordinación en materia de salud pública y la integración

de los planes de salud de las comunidades autónomas en un plan integrado de salud, que va a servir de marco —como digo— de orientación al sistema sanitario español.

Decía también, señorías, que es imprescindible aumentar la solidaridad de nuestra sociedad con respecto a la enfermedad, mayor solidaridad. La equidad no es sólo un principio, es el principio básico de funcionamiento de nuestro sistema de salud; equidad no es igualdad y equidad no es igualitarismo. Equidad es dar más a quien más lo necesita. Pero para alcanzar más adecuadamente este objetivo es preciso desarrollar también la solidaridad en la sociedad. Un instrumento para el desarrollo de la solidaridad es el apoyo decidido que el Ministerio de Sanidad y Consumo presta y seguirá prestando a las asociaciones de autoayuda y a las instituciones y grupos del voluntariado social. La enajenación de la salud, de la que antes hablaba, ha provocado no sólo una pérdida de responsabilización de los ciudadanos en la atención de la propia salud, sino también un desentendimiento de la salud ajena. Y de la misma manera que decimos que la salud no debe enajenarse, también quiero decir que la salud puede y debe compartirse. Acostumbramos a mirar hacia otro lado cuando nos enfrentamos a la enfermedad ajena, llegamos incluso a permitir nuevas formas de marginación en enfermos que nos son particularmente insupportables. Delegar toda nuestra responsabilidad como ciudadanos en el Estado es una de las formas más evidentes de insolidaridad y, desde luego, de falta de civismo. De ahí la importancia de fortalecer el voluntariado social, que no sólo prevé informalmente de atención sanitaria a la población, sino que eleva con su trabajo a ejemplo de todos este bien de la solidaridad.

La solidaridad, por lo tanto, es una actitud básica de soporte de diferentes estrategias sociosanitarias. El Ministerio de Sanidad debe expresar permanentemente su apoyo institucional a todas esas actitudes, pero sí quisiera destacar dos de ellas, pues creo que son un indicador práctico del ejercicio de la solidaridad en nuestra sociedad y de mejora del sistema: la hemodonación y la donación de órganos para el trasplante. Pero, señorías, la solidaridad —insisto— es una virtud social, no es una cualidad de los poderes públicos, que en todo caso deben ser redistributivos. La sociedad es la que tiene que ser solidaria. De ahí que, junto a los servicios aportados por el Estado, la atención a la salud requiera, como un apoyo fundamental, de los cuidados informales que son consustanciales a nuestra vida en sociedad. Más salud, mayor solidaridad y mejor atención sanitaria, señorías; ésta última tiene que afectar a la organización del sistema, a la gestión de los servicios y a la oferta de los recursos.

El carácter de los problemas organizativos del sistema sanitario aconseja separar, con la mayor nitidez posible, las funciones de financiación de las funciones de compra y de las funciones de provisión de servicios sanitarios; antes hacía alusión a este problema. La finan-

ciación corresponde y debe corresponder siempre al Estado, y no por capricho, y no por decisión arbitraria o prepotente, sino porque es la función básica de corrección de las desigualdades. Esta función financiera implica, entre otras cosas, la de asignación de recursos, la determinación de los beneficiarios y la determinación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el establecimiento de los requisitos mínimos de calidad y la estrategia de evaluación de las tecnologías sanitarias. La función de compra compete al Sistema Nacional de Salud. Esta función se corresponde, para su ámbito de actuación, con la estimación de las demandas y necesidades de recursos, la selección de los proveedores, el establecimiento de los sistemas de pago por los servicios, así como el desarrollo de los sistemas de información y de control de calidad que permitan evaluar la correcta provisión del servicio. Por último, los servicios sanitarios, públicos y privados, se configuran como proveedores de los servicios.

En esta estructura organizativa, los servicios de salud se deberían configurar como una organización con una fuerte dirección corporativa y dos tipos básicos de unidades de gestión periférica, con amplia autonomía y competencia entre y dentro de ellas: las áreas de salud de atención primaria y los hospitales. Dentro de este esquema que acabo de exponer, quiero referirme a dos aspectos que suscitan el debate, posiblemente por no estar suficientemente bien precisados, que son los referidos a la competencia y el mercado y a la provisión privada, en contraposición a la provisión pública de recursos. Es un hecho suficientemente contrastado que la sanidad no atiende a las normas clásicas del mercado. No pretendo, por ello, extenderme más sobre los enormes vacíos, los abandonos y los costes que generaría el establecimiento de un libre mercado sanitario. Sin embargo, la necesidad de atender a unas demandas exponencialmente crecientes con unos recursos necesariamente limitados ha motivado que, en la mayoría de los países occidentales desarrollados, se hayan explorado mecanismos para aumentar la eficiencia de los servicios, incorporando algunos elementos que funcionan en el mercado, entre ellos, la competencia pública o, como también se ha denominado, el mercado planificado, que podrían garantizar el logro de los objetivos del sistema introduciendo más eficiencia.

Hay otro problema al que me quiero referir, otra cuestión que se viene planteando, que es: oferta pública-oferta privada de recursos. Este planteamiento se ha identificado algunas veces, más de las necesarias, con un debate que considero equivocado de principio, que es el debate de sanidad privada versus sanidad pública, y éste es un planteamiento falseado desde la propia base, que creo tendríamos que evitar porque la sanidad, señorías, es, en esencia, servicio público, siempre y en todo caso. Hay, eso sí, una provisión privada de recursos, de servicios médicos o asistenciales, que no sólo no entra en contradicción con la sanidad pública sino que está llamada a expandirse en apoyo de ésta; pero esta confluencia no puede ni debe plantear-

se como una competencia entre el sector público y el sector privado, como proponen algunos, porque se parte de realidades distintas. La sanidad pública, históricamente —no ahora, siempre—, asume unas responsabilidades en investigación, en docencia, en formación de personal de salud y en atención a los problemas de salud de toda la población, de las que se ve exento el sector privado, y las asume porque las debe asumir; también la de garantizar la equidad. No pueden, por lo tanto, competir entre sí quienes asumen distintas responsabilidades, quienes asumen diferentes cargas, si no es a riesgo, señorías, de parasitación. Creo, sin embargo, necesario que la iniciativa privada crezca dentro de la oferta de recursos sanitarios, pero no para competir directamente con los públicos en el sentido que les digo, sino para incrementar los recursos sanitarios que el sistema sanitario de salud ofrece a la población. Para ello, la oferta privada de recursos debe modernizar su oferta y debe, además, especializarse en las áreas que demanda ciertamente la población; especializarse en cuanto que se financiará, al ser concertada, con recursos públicos y especializarse también, aunque no lo haga, porque el mercado sanitario es lo suficientemente caro como para obligar a esa especialización.

El Ministerio de Sanidad y Consumo entiende también que esta colaboración entre los recursos públicos y privados no debe producirse ni anárquicamente ni tampoco desde el momento en que ya se han implantado, sino desde antes incluso del momento de implantación de los recursos privados. En este sentido, el Ministerio ha propuesto a la Confederación Española de Organizaciones Empresariales una mesa permanente de diálogo en la que el Ministerio, al reservarse la financiación de los recursos, llevará siempre la iniciativa e informará permanentemente de los elementos de necesidades y de las demandas, de los programas de crecimiento de la oferta pública y de la asignación de recursos para que ésta se produzca de forma eficiente y responda —y esto es lo fundamental— a las necesidades reales de la población.

También es necesario, señorías, aparte de mejorar la organización, introducir mejoras en la gestión concreta de los recursos públicos. Para alcanzar estas mejoras en la gestión es preciso transformar la cultura de administración de servicios públicos en otra cultura de gestión de los servicios. Uno de los aspectos más relevantes para introducir una cultura de gestión es la necesidad de dotar al Sistema Nacional de Salud de una organización que haga posible estructuralmente el logro de los objetivos de carácter estratégico. Entre los objetivos del Insalud para 1992 están ya en desarrollo el conjunto de unas acciones dirigidas a este fin. Les voy a citar algunas de ellas, que creo que anteriormente también fueron tratadas en esta Cámara.

Un primer bloque incluiría aquellas medidas destinadas a orientar los servicios hacia la satisfacción de las demandas de los usuarios. Serían tres. Primera, para prestar una atención más personalizada se va a desarrollar la libre elección de médico de familia en la aten-

ción primaria y la asignación de un médico responsable para cada paciente hospitalizado. Segunda, se van a tratar de reducir los tiempos de espera, aumentando la productividad de los quirófonos del Insalud, mejorando el sistema de información interna y hacia el usuario y mejorando la utilización de los recursos ajenos. Tercera, se reducirán las barreras y mejorará la coordinación mediante el desarrollo de un programa de información, admisión, gestoría y reclamaciones, y entre ellos cabría destacar la vinculación del presupuesto a objetivos y la concreción para cada unidad de gestión de atención primaria y asistencia especializada de los servicios que presta a la población. En segundo término, la creación, principalmente en los hospitales, de centros de responsabilidad. En tercer término, la optimización de los costes por productos sanitarios. Por último, el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad técnica prestada en los hospitales.

Hasta aquí, señorías, la descripción de los problemas y la definición de los objetivos. Quisiera hablarles a continuación de cuáles son los medios que nos proponemos para alcanzar los objetivos de política sanitaria. Para alcanzar estos objetivos, que se resumen en las tres direcciones a las que antes me he referido, más salud, mayor solidaridad y mejores servicios, es preciso también dotarse de un conjunto de instrumentos que puedan posibilitar su consecución. Destacaremos cuatro que, a mi juicio, tienen una importancia nuclear. La financiación y control del Sistema Nacional de Salud; la reorientación de los servicios sanitarios; la definición del sistema y la política de recursos humanos.

Empezando por la financiación —en el principio siempre está la financiación—, la insuficiencia financiera es, como ya he comentado, uno de los principales problemas del Sistema Nacional de Salud en la actualidad. El déficit dificulta la corresponsabilidad en el gasto sanitario, genera ineficiencia y descontrol en la gestión y pone en riesgo a los suministradores de bienes y servicios. La resolución de los problemas de financiación, es decir, el saneamiento de la deuda y la suficiencia financiera, son objetivos primarios en los que ya se está trabajando a buen ritmo con el Ministerio de Economía y Hacienda y con las comunidades autónomas que tienen transferencias del Insalud. Pero esta política de saneamiento y suficiencia, señorías, tiene que acompañarse, necesariamente, del desarrollo de estrategias que persigan simultáneamente un adecuado control del crecimiento del gasto. En otro caso, las medidas de saneamiento que hoy hiciéramos posibles no servirían sino para resolver momentáneamente un problema y volver a situarlo delante de nosotros dentro de unos años.

Las estrategias del control económico del Sistema Nacional de Salud deben desarrollarse desde el consenso político y social sobre los objetivos que éste persigue. Creo que es perfectamente asumible este compromiso entre el rigor presupuestario y el logro de los principales objetivos del sistema. El desarrollo de políticas de salud y la estrecha colaboración entre los servicios

sociales, fundamentalmente los de tercera edad y los sanitarios, son estrategias que a medio plazo pueden posibilitar un mayor control económico sobre el sistema sanitario público y a la vez, nos van a permitir alcanzar los objetivos de salud que nos proponemos.

La definición del Sistema Nacional de Salud, la vinculación del gasto al presupuesto y el seguimiento presupuestario y de gestión deben garantizar a corto plazo el efectivo control del gasto en la asistencia sanitaria. El desarrollo de los sistemas de seguimiento presupuestario y de gestión nos permitirán también monitorizar de forma precisa y puntual la evolución que va siguiendo en cada momento el sistema.

Todo ello nos conduce, necesariamente, a la reorientación de los servicios sanitarios. La Organización Mundial de la Salud estableció hace más de una década alguna de las estrategias necesarias para corregir la pérdida de eficacia de los servicios de salud. Una de ellas, lo saben SS. SS., era la reorientación de los servicios hacia la atención primaria. Las recomendaciones en este sentido y los objetivos de salud que fijó la Organización Mundial de la Salud fueron completados posteriormente en la Conferencia celebrada en Otawa en el año 1986.

La mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos también se debe apoyar en un mayor compromiso de las corporaciones locales con los servicios sanitarios, en especial en este nivel de atención primaria. Sólo de esta forma se podrán alcanzar estos objetivos de concepción integral de la atención de la salud, el desarrollo de una política de salud intersectorial, a la que antes hacía referencia, la coordinación efectiva con los servicios sociales, en el ámbito local, y la participación ciudadana eficaz y efectiva. En todo caso, la orientación de los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no deben cerrar, en ningún caso, la posibilidad de profundizar en una permanente adaptación de todos los servicios asistenciales a las demandas reales de la población, lo que nos lleva al tercer problema, que es la definición del Sistema Nacional de Salud.

La definición del Sistema Nacional de Salud, desde el punto de vista de la oferta, es decir, de la financiación y compra de servicios, es un elemento fundamental para el control de esta misma oferta. La delimitación del Sistema Nacional de Salud se concreta dentro de las actuaciones desarrolladas por el Ministerio en la definición de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, en la ordenación de las prestaciones y en el desarrollo de criterios de ordenación de los servicios. La precisión de los límites del Sistema Nacional de Salud es una base necesaria para un debate riguroso sobre la asignación de recursos al sistema. Los ambiguos límites del sistema no sólo dificultan los mecanismos de control, sino que provocan la inseguridad jurídica del ciudadano al no estar suficientemente reconocido el cuadro de prestaciones. Por otra parte, la falta de ordenación de las prestaciones crea discriminación en el acceso a los recursos, como lo demuestran las desigual-

dades que generan los tiempos de espera prolongados. Señorías, creo que no es lícito que mientras el sistema no pueda garantizar servicios esenciales a toda la población de forma eficaz puedan estarse financiando prestaciones para unos pocos, que a veces pueden tener elevado coste y muy dudosa eficacia; es decir, la indefinición del Sistema Nacional de Salud pone en riesgo los principios de solidaridad, de equidad y de participación que lo informan.

La estrategia para la ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud se fundamentará, entre otros aspectos, en un soporte científico técnico. La solidez científica de los criterios para la ordenación de las prestaciones será el de la evaluación de las tecnologías y de los protocolos mínimos de actuación. Para ello se tendrá que crear la Agencia del Sistema Nacional de Salud para la evaluación de las tecnologías sanitarias. En este sentido les puedo decir que se está estudiando una propuesta de la Junta de Andalucía para que la agencia sea incorporada al proyecto Car-tuja-93.

Un apartado especial en la definición del Sistema Nacional de Salud y de la ordenación de sus prestaciones merece también la ordenación de la prestación farmacéutica. La política de ordenación de la prestación farmacéutica se fundamenta, entre otras, en las siguientes acciones: el desarrollo de la Ley del Medicamento para la selección por el Sistema Nacional de Salud de aquellos medicamentos con eficacia clínica demostrada y mejor relación entre sus costes y los beneficios terapéuticos, la puesta en práctica de una política activa de uso racional del medicamento, la agilización del registro farmacéutico, por supuesto la diferenciación entre el registro y la financiación y el fomento del registro de genéricos. También tengo que mencionar la revisión de las especialidades farmacéuticas, a fin de adecuar el «Vademécum» a la Ley del Medicamento y a las directivas comunitarias. En esta línea de separar lo que es el registro de medicamentos de la financiación de medicamentos, se ha propuesto por España formalmente al Consejo de Ministros comunitarios la candidatura de Barcelona para crear la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento, que constituirá un único registro para toda Europa en un solo idioma. Esperemos que pueda situarse en España, según la propuesta que ha formulado el Gobierno de la nación.

Las actividades descritas persiguen toda ellas definir el Sistema Nacional de Salud desde el lado de la oferta de prestaciones y servicios en contraposición a su actual desarrollo desde una demanda que ni siquiera es la demanda de los ciudadanos y desde la provisión de servicios.

Hablaba también de la política de recursos humanos. Los recursos humanos son un elemento estratégico fundamental para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Se tiene que poner una especial atención en la ordenación de las profesiones sanitarias de acuerdo con los objetivos generales del sistema, es decir, enfatizando la prevención, enfatizando la mejor calidad de los

cuidados, la formación continuada y permanente y la investigación, posibilitando el desarrollo profesional dentro del sistema, flexibilizando las condiciones de ejercicio de las profesiones sanitarias y corresponsabilizando a los profesionales en el funcionamiento eficiente de los servicios. Para ello, en colaboración con otras Administraciones competentes y en contacto con los profesionales del sistema, en diálogo con ello, se está trabajando, se va a trabajar en la reordenación de los programas formativos pre y post-grado y en la formación continuada.

En materia de relaciones de empleo y de relaciones laborales se va a mantener la negociación y acuerdos con las organizaciones sindicales más representativas para facilitar la existencia de un marco homogéneo y coherente en el conjunto del sistema, así como para promover un clima de compromiso entre todos con los objetivos generales. Pero yo no creo posible que estos objetivos, a los que aludo repetidamente, puedan alcanzarse sin contar con la participación de estas organizaciones, participación que identifico con diálogo, con flexibilidad y con lealtad mutua. Podrán existir acuerdos, podrán existir desacuerdos, pero tómese nota de mi decidida voluntad de dialogar y de seguir dialogando tanto antes como después del acuerdo o del desacuerdo, y entiéndase bien que para mí dialogar significa hablar, escuchar con el firme deseo de comprender y de acordar.

Pero, señorías, los retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud, la necesidad de desarrollar una política sanitaria que haga posible alcanzar todos estos objetivos que acabo de citar, y que también consiga que el Sistema se dote de los instrumentos necesarios para alcanzar estos objetivos, nos está requiriendo un amplio acuerdo entre todos los agentes implicados; un acuerdo que, permítanme insistir en esto, en su origen tiene que ser un compromiso para preservar un bien común, para preservar un bien apreciado por todos los ciudadanos españoles como es el Sistema Nacional de Salud, pero que también debe extenderse a los elementos más relevantes de la prestación sanitaria. Un acuerdo, en definitiva, que sería conveniente situar en el ámbito político y también en el ámbito profesional. En esta Cámara y en esta Comisión espero encontrar ese nivel de diálogo y, en su caso, el acuerdo necesario para avanzar en el proceso de mejora y modernización de nuestros servicios sanitarios, y espero encontrar —también estoy seguro de ello— la colaboración para el impulso y el desarrollo de las políticas de salud.

Pero el compromiso político debe abarcar también a otras instituciones como son las comunidades autónomas, con el fin de desarrollar entre todos el principio de cooperación entre las diferentes Administraciones sanitarias. El Sistema Nacional de Salud es el Ministerio y todas las comunidades autónomas. Además de las comunidades autónomas, otras Administraciones también deben colaborar con nuestro sistema sanitario y deben contribuir a su mejora.

El desarrollo de las políticas de salud no es posible sin la activa participación con esas Administraciones no sanitarias, pero vinculadas a problemas sanitarios: vinculadas a la educación, el medio ambiente, el saneamiento o a la salubridad. Y quiero destacar —ya lo hice— la posibilidad de llegar a acuerdos con las corporaciones locales. Ayuntamientos y diputaciones tienen que ser agentes activos en el desarrollo efectivo y concreto de políticas de salud de carácter instrumental, y el marco que puedo utilizar para ese diálogo tiene que ser la Federación de Municipios y Provincias.

Una dimensión necesaria del compromiso también, aparte de la política que acabo de mencionar, es la profesional y la sindical. Sólo a través de una identificación con los objetivos generales del sistema y con la lealtad para con el Sistema Nacional de Salud será posible mejorar las condiciones de trabajo y aumentar la motivación de los profesionales. de Ahí la necesidad de ampliar el diálogo y no dejarlo reducido a los estrechos márgenes de las mesas sectoriales de cada ejercicio presupuestario.

Por último, debo señalar la importancia del consenso social, un consenso social que debe basarse en la profundización, como antes señalaba, del principio de solidaridad y en una mayor responsabilidad de los ciudadanos en relación con su propia salud y con la salud de la colectividad. El Ministerio de Sanidad no va a escatimar esfuerzo alguno en la consecución de este compromiso para el logro de todos los objetivos que he expuesto. Pero tengo la seguridad de que con el solo esfuerzo de la Administración, con el solo esfuerzo del Ministerio no va a ser posible alcanzarlos. La política sanitaria no es un ejercicio de autoridad; es también un ejercicio de autoridad, pero no es sólo un ejercicio de autoridad. Es también un diálogo permanente con los ciudadanos a través de respuestas personales, de respuestas individuales a problemas personales y a problemas individuales. Es, en consecuencia, una política que tiene que buscar la comunicación, que tiene que encontrar el diálogo y que tiene que obtener el acuerdo; una política, además, que está obligando a ser flexibles y perseverantes. Es, sin duda, señorías, una política que nos compromete a todos.

Hasta aquí he expresado objetivos, estrategias e instrumentos que entiendo son necesarios para desarrollar la política sanitaria, pero quisiera también hacer referencia a otras políticas de mi Departamento, aunque sea brevemente.

La política de consumo les ha sido expuesta recientemente en anteriores comparecencias y quiero simplemente hacer algunas reflexiones sobre ella que también me parecen particularmente importantes. Hemos superado toda una etapa caracterizada por la adopción de un marco jurídico apropiado, por el establecimiento de estructuras administrativas especializadas en materia de consumo y por el impulso del movimiento asociativo de los consumidores. Yo creo que la tarea más importante que tenemos ahora es consolidar esas políticas, y esos objetivos tienen que enmarcarse en las

directrices que están formuladas en la propia Comunidad Europea en el marco del plan trienal. Respecto a esta dimensión comunitaria, el Gobierno español ha entendido que la puesta en práctica del mercado interior requiere también una adecuada respuesta en el terreno del consumo, y saben ustedes que en la cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno última, celebrada en Maastricht, fue aprobada, a propuesta de nuestro país, una modificación del Tratado por la que se crea un nuevo título específico de protección de los consumidores.

Por otro lado, y en un horizonte más inmediato, deberemos prestar una atención preferente a la incidencia en las actividades de consumo de estos acontecimientos extraordinarios que están ya teniendo lugar en nuestro país a lo largo de este año. Y al hablarles de salud pública quiero hacer una referencia de particular interés sobre los problemas del consumo en un mundo abierto, en un mundo cambiante como el nuestro. En esta oportunidad que tengo ahora, quiero reforzar la necesidad de implantar agentes sociales fuertes que desde la demanda quilibren un mercado que está determinado por un amplio poder de sugestión de la oferta. Las asociaciones de consumidores son, entiéndanme bien, no sólo una respuesta a las posibles desviaciones fraudulentas de la producción y el comercio, son, y tienen que ser sobre todo, un elemento de cualificación permanente y continuado de la oferta. Un mercado sin consumidores exigentes, en un espacio comercial único como el que se avecina, puede convertirse sin duda en un mercado en el que circulen los infraproductos que rechacen mercados más exigentes que el nuestro. De ahí la necesidad de consolidar un nivel de demanda cualificado y exigente.

Tampoco querría terminar esta mi primera comparecencia ante SS.SS. sin hablar del Plan Nacional sobre Drogas. Es verdad que ha habido recientemente un debate celebrado en el Pleno del Congreso, que me va a excusar de puntualizar y determinar algunos detalles que ya fueron debatidos más exhaustivamente. La política que entonces se expuso, y que siempre se ha priorizado por el Ministerio, ha sido la exigencia del consenso social, político y profesional como consecuencia de las actuaciones que se desarrollan en este Plan. Por todo ello, se ha prestado en los últimos meses una especial atención al cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas. No obstante, el obligado análisis permanente de un problema tan complejo como es el de la droga y las reflexiones sobre los acontecimientos sociales de hace unos meses, tales como las movilizaciones ciudadanas, nos hacen aconsejables subrayar algunos elementos de futuro. Así, parece necesario un esfuerzo para tener un mayor conocimiento y una mayor información sobre el análisis de la realidad, un análisis que englobe la dimensión y características de los problemas, la evolución de los mismos, la percepción social de éstos, y las repercusiones de toda índole que implican para los colectivos ciudadanos. Dicho de otra manera, se trata de priorizar el diálogo

con la sociedad para recibir de ésta una mejor noticia de sus necesidades, de sus deseos y también para recabar más eficazmente la solidaridad y el compromiso de la corresponsabilidad.

En el terreno de la asistencia, siempre vivido desde la necesidad y desde la urgencia, hay que intensificar la colaboración con las comunidades autónomas y optimizar así también las respuestas de tratamiento. Yo creo que eso lo estamos consiguiendo: avanzamos en este camino en la conferencia sectorial celebrada anteaer, estamos tratando de reducir las listas de espera que subsisten en bastantes centros comunitarios, y para cubrir este objetivo también estamos tratando de redistribuir algunos recursos e implicar de forma más directa a las redes generales de la asistencia.

Por último, cabe señalar las necesidades de desarrollar programas imaginativos, programas flexibles para las poblaciones que más necesitan de atención. Son esas poblaciones que todavía se mantienen alejadas de los recursos normalizados que son protagonistas de algunos de los aspectos más graves de los problemas. Para estas poblaciones, a las que no se puede dejar sin atención y para las que hay que hacer más campaña que oferta, se están desarrollando fórmulas de intervención directa que precisan la colaboración con todas las Administraciones territoriales y con las organizaciones ciudadanas.

Señorías, creo que es llegado el momento de resumirles mi intervención que se ha centrado, principal y fundamentalmente, sobre el desarrollo de las políticas de salud en el Ministerio de Sanidad y Consumo. He partido de la obvia consideración de que la política del Ministerio de Sanidad y Consumo estará presidida por la continuidad con la política social y sanitaria de los gobiernos socialistas, para afirmar a continuación que una pieza básica de la política social del Gobierno ha sido la creación del Sistema Nacional de Salud. El Sistema Nacional de Salud está consolidado y es apreciado por la inmensa mayoría de la población española; ha alcanzado la naturaleza privilegiada de esos bienes que son irrenunciables e inexpropiables. Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados, hay insuficiencias, tanto en el funcionamiento de los servicios como en los resultados, que podemos medir en condiciones de salud de la población española. Por ello, el sistema debe hacer frente a los retos del futuro próximo, debe adaptarse a los cambios sociales y a las diferentes necesidades sanitarias. Ello nos va a exigir una reorientación de los servicios, para lo cual, además de curar, se desarrolle una mejor prevención y se enfatizen las calidades de los cuidados.

Los objetivos generales de la política sanitaria se centrarán, como ya he dicho, en: más salud, mediante el desarrollo de políticas de salud, lo que exigirá el desarrollo de una cultura de salud dentro de nuestra sociedad; mayor solidaridad individual y de la sociedad en su conjunto en el desarrollo de las políticas de salud (el Ministerio de Sanidad y Consumo va a seguir apoyando decididamente a instituciones y organizaciones

de autoayuda y al voluntariado social), y mejores cuidados, lo que implica adoptar medidas de carácter organizativo, como es la separación más nítida entre funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, la introducción de elementos de competencia en los servicios públicos, el diálogo permanente entre la oferta privada y pública de recursos, la mejor utilización de recursos ajenos y la actuación en la gestión de unos servicios que deben estar orientados hacia las necesidades de los ciudadanos.

Para alcanzar todos estos objetivos, señorías, es preciso también dotarse de instrumentos necesarios y precisos. Dentro de estos instrumentos he destacado: uno, la necesidad de una financiación suficiente y un saneamiento de la deuda acumulada, que se tiene además que hacer compatible con los escenarios de gasto de todas las Administraciones públicas con competencia en sanidad; dos, la vinculación de la gestión de los servicios sanitarios públicos al presupuesto asignado y el desarrollo de sistemas permanentes de seguimiento presupuestario y de control; tres, la reorientación de los servicios sanitarios y en especial de la atención primaria de la salud (he enfatizado en este sentido la importancia que puede y tiene que tener la actuación de los ayuntamientos en el desarrollo de políticas intersectoriales y de participación comunitaria); cuatro, la ordenación de las prestaciones médicas y farmacéuticas cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, y cinco, el desarrollo de una política de recursos humanos de acuerdo con los objetivos generales de la política sanitaria. Pero, señorías, he puesto también particular énfasis en una realidad que creo que todos nosotros compartimos: el esfuerzo de la Administración. El esfuerzo que haga la Administración es necesario pero no suficiente para alcanzar los objetivos.

El desarrollo de un sistema sanitario eficaz, solidario y equitativo precisa del concurso de todos los agentes del sistema. Para eso es preciso, primero, alcanzar un acuerdo de bases —que me propongo— con las comunidades autónomas, con el objetivo de consolidar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de forma más coherente, más homogénea, más armónica, más equitativa y más solidaria. En segundo lugar, coordinar la acción institucional que aúne y refuerce a las administraciones en el desarrollo de las políticas de salud. Tercero, lograr un compromiso profesional y sindical para la mejora y modernización de los servicios sanitarios públicos. Y cuarto, disponer de ese consenso social que profundice en la solidaridad de nuestra sociedad.

Si tuviera que fijar un objetivo principal entre todos los expuestos, me centraría en el logro de esa colaboración necesaria para el Sistema Nacional de Salud, pues sin la base de un acuerdo suficiente nos va a ser difícil afrontar con éxito los problemas y adoptar las soluciones precisas. En este empeño, señorías, estoy convencido de que voy a contar con su colaboración.

Y acabo recordando que nuestro programa de política sanitaria está establecido en la legislación, tanto en

la Constitución como en la Ley General de Sanidad. De tal modo que son los principios legales que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud y las metas que todos nosotros venimos obligados a cumplir. Hay, pues, que seguir dando cumplimiento efectivo al artículo 43 de la Constitución y profundizar en el derecho fundamental de todos los españoles a la protección de la salud. Hay que dar cumplimiento a los principios inspiradores de nuestra Ley General de Sanidad: universalidad, equidad, solidaridad, eficacia.

Es necesario, por tanto, aplicar una política coherente que permita la identificación entre principios y objetivos. Y, dentro de esta política, contar con un presupuesto suficiente, que es algo que parece incuestionable. Y suficiente, señorías, es lo que sirve para el objeto de que se trate. Debemos, por tanto, reflexionar sobre el objeto de que estamos tratando y llegar a definirlo con precisión entre todos, sabiendo que la relación de congruencia entre presupuesto y objeto es fundamental y que la indefinición o laxitud del objeto imposibilita cumplir la obligación que nos viene legalmente impuesta y un presupuesto suficiente permite y exige la corresponsabilidad de todos en su cumplimiento, por lo que para defender el derecho a mejorar la salud que todo ciudadano español tiene será necesario controlar el gasto, impedir sus desviaciones, asegurar, en definitiva, que su utilización garantice la efectividad de los objetivos que antes señalaba.

Todo, señorías, se explica y entiende ante una situación concreta y un estado de cosas dado en que vivimos. Nuestra situación concreta es el Estado de las autonomías y esta situación concreta es la que delimita el espacio de actuación política. Es mi intención, se lo decía antes, iniciar las bases de negociación y de cooperación para obtener acuerdos con las comunidades autónomas que se articulen en torno a esos ejes de salud pública, orientación global del sistema nacional de salud, ordenación de los recursos e indicadores, información y seguimiento, teniendo como hilo conductor, como antes decía, los principios recogidos en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, en la idea de que el objetivo común de todas las Administraciones es la articulación de un marco sanitario equitativo, homogéneo y coordinado donde los ciudadanos españoles puedan hacer efectivo su derecho constitucional a la protección de la salud.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos Parlamentarios que quieren hacer uso de la palabra?

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Hernández Mollar.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Quiero dar la bienvenida al señor Ministro, en nombre de mi Grupo, en esta su primera comparecencia en la Comisión de Política Social y Empleo.

Es el tercer Ministro de Sanidad en esta legislatura y después de oírle, señor Ministro, lamento tener que decirle que nos ha hecho usted un discurso aburrido,

monótono, teórico, filosófico y auténticamente patético. Señor Ministro, después de diez años, que un tercer ministro en esta legislatura venga a decirnos las cosas que aquí nos ha dicho, de verdad, yo diría que es casi escandaloso. Después de diez años, señor Ministro, ustedes reconocen que han sido incapaces de sacar nuestra sanidad adelante y que han fracasado en su gestión, les guste o no les guste oír esto, pero es la realidad.

Su nombramiento, que usted quiere justificar, está produciendo —ha producido ya— una serie de vaivenes y cambios en el Departamento que llevan consigo una inseguridad en la línea de actuación política y administrativa. Esto lleva aparejada una falta de unidad de acción que da lugar a un desconcierto en la gestión y en la programación del propio Departamento. Una cosa es la teoría, lo que usted venga a decir, pero otra cosa es lo que sienten los sectores que dependen de su Departamento.

Es la quinta comparecencia ya en esta Cámara, de tres ministros, para anunciarnos líneas de actuación —he dicho en esta Cámara, sin contar el Senado— y, señor Ministro, nos encontramos siempre en el mismo punto de partida. No se avanza, no se profundiza; se teoriza, se dice lo que está mal (que lo hemos dicho ya los Grupos de la oposición, que lo ha dicho una comisión de expertos a la que, curiosamente, usted no se ha referido en ningún momento en toda su intervención) cuando lo que y a demanda hoy la sociedad son soluciones inmediatas. Y las soluciones que hoy dicen ustedes que van a aportar coinciden con una legislatura que presenta ya síntomas de agotamiento, de ineficacia y de paralización, que es lo mismo, señor Ministro, que decir que la Administración presenta exactamente los mismos síntomas. La Administración está agotada, la Administración es ineficaz y la Administración en estos momentos, señor Ministro, está en muchos casos paralizada.

Urge, pues, centrar el debate correctamente. Por estas razones yo creo, señor Ministro, que no es momento de hablar del modelo ni de la filosofía, ni siquiera de la bondad o maldad del sistema (que ustedes mismos, después de oír su discurso, reconocen que no es el sistema adecuado, por muchas llamadas que haga el modelo sanitario público y a la Ley General de Sanidad, e incluso he creído entenderle que a la Constitución, que es donde centran ustedes su actual modelo sanitario), sino que yo creo que es el momento de hablar de los problemas urgentes que aquejan a nuestra sanidad.

Problemas que, por otra parte, son los que el ciudadano de la calle padece, los problemas que el profesional de la sanidad vive en sus carnes por ser agente activo de la misma, y no la teoría ni los planteamientos casi tercermundistas que en ocasiones le oímos y que le hemos escuchado a usted aquí también, señor Ministro. Hay ocasiones en las que me parecía que estaba oyendo hablar a San Martín de Porres en la isla

de Molokai. (Risas.) De verdad, se lo digo, con toda cordialidad; es así.

Me gustaría centrar esos problemas, señor Ministro. Ha hablado usted de los profesionales. Hay ya —ha salido en los medios de comunicación— un anuncio inmediato de huelga de un sector profesional importante de la sanidad. Ayer fueron las ambulancias, hoy los profesionales médicos, mañana pueden ser las matronas, los diplomados de enfermería, los MIR, los empresarios suministradores, los farmacéuticos o los veterinarios. Yo sé que usted va a decir que esto es catastrofismo, pero no lo es, señor Ministro; es un panorama desolador, pero real. Está ahí, en la calle. Eso es lo que quieren oír los ciudadanos de nosotros, de los parlamentarios y, por supuesto, del Gobierno, que tiene la responsabilidad de afrontar esos problemas. Le aseguro, señor Ministro, que no me gusta hablar de estos problemas, pero es un hecho que está ahí y nosotros no podemos ignorarlos.

Hay, por otra parte, y usted lo sabe, un importante sindicato médico en este país que ha convocado esa huelga a que hacía referencia para los próximos días de marzo. ¿Por qué? Se lo voy a decir, señor Ministro: porque siguen ustedes con la misma política de parcheo. Y en lugar de todas estas teorías que usted nos ha expuesto aquí, con ese aire de continuidad, efectivamente, para no decirnos nada nuevo, como ha reconocido al principio de su exposición, yo creo que lo que procede es que dé usted cuenta a esta Cámara de lo que ya está haciendo en su Ministerio y que dé usted cuenta, por ejemplo, del reciente acuerdo que ha ofrecido su Ministerio a las centrales sindicales, de las que sólo dos han firmado. Por cierto, que sin su firma ni la de los representantes de la Administración pública en esa mesa sectorial. Me estoy refiriendo al acuerdo de ampliación de jornada en los centros hospitalarios con unos objetivos determinados que me gustaría que concretáramos aquí.

Mis preguntas son muy concretas, señor Ministro. ¿Cree usted que esa jornada propuesta para atención hospitalaria es la ideal? ¿Cree usted de verdad, señor Ministro, que sin aumentar las plantillas se puede hacer frente a los servicios más críticos y saturados? ¿Cree usted, señor Ministro, que ésta es una solución para reducir las listas de espera? Ahora lo llama usted tiempos de demora, aunque en Andalucía lo llamaba usted listas de esperas, y creo que fue el primer consejero de una comunidad autónoma que dio los números reales de esas listas de espera. Me gustaría que dijera usted también aquí en este momento qué es lo que piensa usted hacer con esto y si realmente usted piensa que vale la pena que le sigamos preguntando sobre ello y si nos va a ofrecer esos datos.

¿Cree usted, señor Ministro, que este sistema de ampliación de jornada tiene homologación en el ámbito europeo? ¿Cree usted, señor Ministro, que esta solución, por ejemplo, está dentro del espíritu de la Comisión de Expertos, a la que, como he dicho, usted no quiere hacer referencia? Seguramente porque, siendo usted Con-

sejero de la Comunidad Autónoma, era partidario de aceptar muchas de las resoluciones y los diagnósticos de esta Comisión, y da la impresión de que cuando ha llegado usted al Ministerio o le han dicho que eso se arrincone o ha pasado algo extraño que me gustaría también que usted dijera en esta Cámara.

Señor Ministro, dentro del ámbito profesional hay que hablar, y no ha hecho usted ninguna referencia a ello, de la escasez de especialistas. Ha hablado usted de la falta de incentivación profesional, de la desmotivación profesional, pero hay un problema real ahí que es el problema de la escasez de especialistas y su formación. Es un reto al que ustedes ni pueden ni quieren hacer frente.

Usted, señor Ministro, igual que el Grupo mayoritario que lo sustenta, es de piñón fijo. Lo vienen demostrando aquí en la Cámara. Siempre nos dicen que no a todas las proposiciones e iniciativas parlamentarias que les hemos presentado, siempre votan en contra. Incluso lo vimos en la última moción que presentó el Grupo CDS como consecuencia de su interpelación donde, recogiendo sus propios planteamientos, su Grupo votó también en contra, alegando —y lo decía la señora portavoz del Grupo Socialista— que los Grupos podemos presentar las iniciativas que queramos, pero que, al fin y al cabo, ustedes tienen su programa y eso es lo que vale.

Por eso, retomando la última parte de su intervención, donde usted hacía una llamada —y sé que es usted una persona dialogante— a la necesidad de ese diálogo, de ese consenso y de ese pacto social, me gustaría que nos dijera cómo va a establecer esas reglas de juego a las que hacía alusión también en su intervención en la interpelación, para que no nos encontremos con lo de siempre, en esa especie de contrato de adhesión que quieren en todos los ámbitos y, sobre todo, que les echemos una mano cuando ya la situación se hace casi insostenible.

Volviendo al tema de los especialistas, señor Ministro, se autocomplacen también en el sistema MIR, pero no abren el sistema a otras posibilidades. Hay serias disfuncionalidades en el sistema y conviene que se diga en esta Cámara qué pasa con él. El Ministerio de Sanidad tiene el monopolio de formación de los especialistas: ha anulado las escuelas profesionales. Los contratos de los MIR son leoninos y es una mano de obra barata. No lo digo yo, señor Ministro, no lo dice este Diputado, lo dicen los propios profesionales que están haciendo el sistema MIR, lo dicen las centrales sindicales en general lo dicen aquellos que están directamente afectados y cuando lo dicen será por algo. Es un sistema que frente a ventajas que indudablemente las tiene —nosotros no decimos que sea un sistema malo—, presenta graves disfuncionalidades, hasta el punto de que llevan a una frustración profesional cuando esos profesionales no pueden ejercer su propia vocación porque tienen que acudir a especialidades que no les corresponden o que no quieren. Esa es una causa real de desmotivación profesional a la que usted no alude,

por ejemplo. Es una causa que hay que citar aquí y sobre la que me gustaría que usted diera su opinión.

Señor Ministro, junto a un sistema de retribución más acorde con la capacitación y con la responsabilidad es necesario también incentivar al profesional; lo ha dicho usted. A mí me gustaría hacerle una serie de preguntas: ¿Para cuándo la carrera profesional? ¿Para cuándo las especialidades en enfermería? ¿Para cuándo la solución a los médicos titulares de atención primaria? ¿Para cuándo la solución a las matronas? Sobre este tema su Ministerio ya se ha manifestado contestando una pregunta a un compañero mío. Por cierto, hablando de información y de datos, dice usted, o dice su Ministerio, que la OMS indica que la media de matronas en la región europea es de 1 por cada 10.750 habitantes y dicen ustedes que, utilizando el mismo indicador empleado por la OMS y teniendo en cuenta que el número de matronas colegiadas en España es de 6.208, en España existe una matrona por cada 6.189 habitantes, lo cual supone una matrona por cada 1.692 mujeres en edad fértil. Utilizan ustedes diferentes conceptos para referirse a la región europea y para referirse a España. Es un detalle casi anecdótico, pero demostrativo —se lo digo porque usted es nuevo en el Ministerio— de cuál es su forma de contestar a nuestras preguntas y cuál es, de alguna manera, de llevar a cierta confusión, no solamente a los parlamentarios sino a los colectivos afectados.

Estas, señoría, son demasiadas interrogantes, pero hay que despejarlas. Hay que afrontar los problemas, hay que hacer un plan inmediato de actuación, que es el que queremos oírle en esta Cámara.

Señor Ministro, ha hecho usted también referencia a la libre elección de médico. Yo tengo que decirle que esto es otra entelequia más. Reconozca, de una vez por todas, que no son capaces de llevarla adelante y reconozcan también que con el sistema actual es imposible. El señor García Vargas lo anunció, el señor García Valverde dijo que en el primer trimestre de 1992 iba a ponerse en marcha, y yo lo que me temo es que ni el señor García Vargas ni el señor García Valverde ni usted mismo, a pesar de su voluntad —creo que es más voluntarismo que otra cosa— pueden garantizarlo. La libertad de elección de médico significa eso, elegir libremente al facultativo, no apuntarse a una simple lista de médico. Y la libertad es mutua: del facultativo y del paciente. Es un elemento de debate, es un elemento que hay que discutir, pero no basta simplemente con enunciarlo, con anunciarlo aquí en la Cámara y hacer que ese discurso sea monótono, repetitivo y que, en definitiva, lo que demuestre sea su propia incapacidad e ineficacia para llevarlo adelante.

En la política hospitalaria, señor Ministro, independientemente de esa buena voluntad que usted demuestra en darle un giro acercándose, eso sí, a algunas de las propuestas o resoluciones, en este caso de la Comisión de Expertos, aunque sin nombrarlo, que yo creo que debe ser objeto de un debate más profundo, de un debate que también queremos hacerlo aquí, en la Cá-

mara, pero que parece que es muy difícil desde que llegó el famoso informe Abril; en la política hospitalaria —digo—, señor Ministro, hoy están pasando muchas cosas inmediatas. Independientemente de la teoría, de lo que ustedes vayan a hacer, hay que afrontar la situación actual de nuestros hospitales. Las auditorías del Estado se lo dicen continuamente, yo no sé si les hacen caso o no, pero ahí viene bastante relatado cuál es el estado actual de bastantes de nuestros hospitales.

Yo lamento tener que decirle a usted y a su Grupo que ustedes han pasado de ser bomberos o apagafuegos de la sanidad, a incendiarios de la misma. Mire usted, la imagen de camas en los pasillos, la aglomeración de las urgencias, las listas de espera o tiempos de demora —me da igual que lo llame como quiera—, la descoordinación asistencial y, para colmo, los incendios, como el de que hace unos días tuve ocasión de ser testigo en el hospital comarcal de mi ciudad, en el hospital comarcal de Melilla, demuestran, señor Ministro, que esto no funciona. Y, por ponerle el ejemplo claro de ese incendio al que he hecho referencia, le diré que el centro de detección de incendios no funcionaba, que el almacén estaba situado en los conductos del aire acondicionado. Y lo que aún es más grave, señor Ministro: este Diputado tiene información de que, al parecer, para ese hospital, cuya obra estaba prevista en 1.200 millones, hubo una rebaja de 500 millones en su adjudicación. También podría citarle la situación del hospital Ramón y Cajal, donde los archivos, situados en el garaje de dicho hospital, no reúnen las debidas condiciones de seguridad, conservación e higiene, con el mismo peligro que le he señalado anteriormente. O el complejo hospitalario de Ciudad Real donde, según información de la que dispone este Diputado, ha sido nombrada director gerente una supervisora de enfermería que provenía de La Paz. Estas son situaciones concretas, que están ahí. Naturalmente que mi Grupo tiene un grandísimo respeto por esta profesión, pero, ¿usted cree realmente, señor Ministro, que ésta es una situación normal? Nosotros sabemos que ha provocado y está provocando enormes disgustos dentro de ese centro hospitalario. Son temas puntuales, concretos, pero que ahí están.

Yo le preguntaría, señor Ministro: ¿De verdad piensa usted acometer una auténtica reforma hospitalaria, con criterios de gestión empresarial —como dice—, con criterios de competitividad, con presupuestos propios y criterios de eficacia? ¿Piensa usted hacer algún plan piloto para esto? Si piensa hacerlo, diga usted cuándo, en qué momento.

Ha dicho usted también, señor Ministro, y lo ha reconocido —tengo que aceptárselo así, porque lo dicen las encuestas y porque usted lo asume también como Ministro—, que el contribuyente, el ciudadano no está satisfecho con el sistema. Es cierto que, junto a continuas quejas y protestas, hay que decir también que hay casos de satisfacción evidente. La calidad humana y técnica de nuestros profesionales, la alta tecnología de algunos de estos centros nadie la puede poner en duda

y es evidente que da también, en muchas ocasiones, buenos resultados; pero hay otros aspectos, señor Ministro, que están ahí y que realmente son causa de insatisfacción. Por ejemplo, la limitación del tiempo dedicado a los pacientes —tres minutos y medio en la atención primaria—, la excesiva burocratización, la descoordinación entre la atención primaria y la hospitalaria, las listas y tiempos de espera —vuelvo a repetir— en los distintos estamentos de la atención sanitaria hacen pasar un auténtico calvario a los pacientes.

Por otra parte, en cuanto a la universalización, de la que tanto presumen y de la que tanto les gusta hablar cada vez que comparecen en esta Cámara (universalización que se arrogan, pero que usted sabe que, desde el año 1982 hasta hoy, lo que ustedes han hecho ha sido aumentar en un 6 ó 7 por ciento la atención a toda la población, pues estaba ya en un 92 por ciento cuando se hicieron cargo del poder), lo cierto es que hablan ustedes de esa universalización sin que haya ido acompañado de otras medidas, lo que hoy provoca ese caos sanitario que padecemos en muchos aspectos de nuestra sanidad. Porque no ha ido acompañada, por ejemplo, de un aumento de plantillas; no han aumentado el número de centros ni los presupuestos; el teléfono de cita, previa que ustedes impusieron, en muchos casos es una artimaña para demorar aún más la atención asistencial, y la Comisión de Expertos fue especialmente crítica con este escalón de la sanidad; el médico de familia se echa de menos; en la medicina rural existe un alejamiento de los pacientes del centro de salud, que en muchos casos hace imposible la asistencia. Usted, señor Ministro, no ha hecho ninguna referencia tampoco a esto, y hay que hablar de estas cosas porque esto es lo que realmente está viendo y padeciendo el hombre de la calle.

También ha reconocido, señor Ministro, que los presupuestos son ficticios, irreales, pero son ficticios no sólo en su formulación sino también, lo que es más grave todavía, en la liquidación. Se contraen obligaciones con empresas suministradoras sin crédito, señor Ministro —y eso es muy grave—, se aplaza el pago a futuros presupuestos y se barajan cifras de hasta 700.000 millones de pesetas de deuda. Yo creo que esto permite ya hablar de un agujero negro en el Insalud. Es un tema en el que ya le anuncio que abundaremos en próximas iniciativas, pero creo que deben dar una inmediata explicación a esta Cámara sobre esta situación. Usted sabe que hay empresas...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hernández Mollar, va ya acabando.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Sí, señor Presidente, pero, ante una hora y media de intervención del Ministro, realmente se hace difícil poder resumir en diez o quince minutos.

El señor **PRESIDENTE**: Ha sido una hora y diez minutos y usted va camino de usar tanto tiempo como el

Ministro. Lleva veinte minutos largos y es el doble del tiempo que tiene asignado reglamentariamente. Vaya acabando.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: No es por debatir con la Presidencia, pero llevo quince o veinte minutos. Terminaré, señor Presidente.

Señor Ministro, usted sabe que hay empresas que han adoptado —no me gusta esta palabra, pero también tengo que utilizarla— el perverso sistema de no pagar sus deudas a la Seguridad Social precisamente para resarcirse de las que le debe el propio Sistema Nacional de Salud por los servicios que presta al mismo, y ésta es una perversidad del sistema que da lugar a una ineficacia de la gestión, que es algo que hay que acometer inmediatamente.

Yo le preguntaría, señor Ministro: ¿Puede prometer ya que en los próximos Presupuestos para el año 1993 van a acometer este realismo en la aplicación presupuestaria? ¿Puede ya prometer o puede decirnos aquí que se van a adscribir las partidas correspondientes a cada centro de gasto, como una de esas medidas a las que usted hacía referencia?

Lamento que, por la brevedad del tiempo de que dispongo, no pueda hacer más extensa mi intervención y referirme a cuestiones que usted, sorprendentemente, ha dejado sin citar. La salud mental, que es un problema importante y grave de todos los españoles (usted dijo, efectivamente, que no era el Ministro del Insalud, que era el Ministro de Sanidad de todos los españoles), es algo que está ahí, que el informe del Defensor del Pueblo, recientemente, ha denunciado como una situación grave y ustedes parecen pasar del tema, como diciendo que esa responsabilidad no es de ustedes, que será de las comunidades autónomas o de las corporaciones locales, pero de hecho es un problema que está ahí. ¿Se va a atender por la Seguridad Social a esos enfermos psiquiátricos? ¿Se les va a atender en los hospitales psiquiátricos o van ustedes a adoptar inmediatamente una solución alternativa para hacer frente a este problema?

Señor Ministro —y termino—, tengo que volver a decirle que no nos ha sorprendido su intervención —la esperábamos tal como ha sido—, pero tengo que manifestarle mi asombro, y yo creo que el asombro de una gran parte de la sociedad española, al comprobar que, después de diez años de gestión, nos encontramos todavía, prácticamente, en el camino de partida. Desde mi Grupo, queremos decirle que estamos dispuestos a debatir —ya se lo dije con ocasión del debate de la interpelación hace dos semanas—, que estamos dispuestos a consensuar, pero con lealtad y con las cartas sobre la mesa, trayendo aquí los problemas reales, no la teoría, no la filosofía, que ya la tenemos aprendida y que, desde luego, a nosotros no nos gusta. Le decía que no quería hablar de modelo porque yo creo que el modelo se va a debatir muy pronto, en una próxima campaña electoral, porque los españoles ya conocen y sufren en

sus carnes cuál ha sido el resultado del modelo socialista en estos últimos diez años.

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

El señor **BALTA I LLOPART**: Bienvenido, señor Ministro. Este va a ser el tono de mi intervención, por cuanto creo que es un deber de cortesía plantear así la misma en la primera comparecencia que hace ante esta Comisión. Nuestro estilo, nuestra forma de ser hace que busquemos los puntos de concordancia y aquello que tenemos en común en un programa que usted nos ha desarrollado ampliamente, ya que, entre otras muchas cuestiones, he podido anotar criterios que han destacado esta concordancia. Lógicamente, son la base de una actuación que deseáramos que en el futuro siguiera teniendo este consenso y no nos obligara bajo ningún concepto a hacer una oposición con aires de crispación que no deseamos.

Entre esos criterios que hemos anotado figura ese amplio consenso sobre la sanidad para la corrección de las desigualdades. Efectivamente estamos de acuerdo, como lo estamos en la universalización real —repito, real— de la sanidad, que debe ser una conquista social irrenunciable. No podemos hacer de la alusión dogmas incontrovertibles; son palabras que usted ha pronunciado y que efectivamente pueden guiar su tarea como Ministro para que este criterio se aplique adecuadamente. Nos complacen los objetivos: más salud, más solidaridad, mejores cuidados y mayor solidaridad de la sociedad respecto a la enfermedad. Realmente consideramos la necesidad de adoptar la realidad de los problemas sanitarios para abordar las soluciones más eficaces. Como Ministro este es el primer papel que le debemos plantear en su tarea y ante esta Cámara.

En la detección de la realidad nos aporta unos datos interesantes, aunque algunos de ellos conocidos. En el horizonte del año 2000, nos dice; el 15 por ciento de la población tendrán más de 65 años, y cerca de un millón de ciudadanos habrá superado los 80. Nos avisa del impacto del sida condicionando el sistema sanitario. Luego hace una llamada de atención hacia la inmigración norteafricana, pero también hacia la presencia de ciudadanos europeos buscando el buen sol de nuestras costas. La relación del tamaño de la familia aparece en sus esquemas, así como la mayor incorporación de la mujer en el mundo del trabajo, que efectivamente es otro de los aspectos del programa a desarrollar en el futuro. La droga, en su último capítulo, no obstante desarrollada en otras comisiones, aparece en su análisis final y surge como el gran problema sanitario que ya es.

Por otra parte, observamos por su discurso la construcción y conocimientos de algunos criterios comúnmente aceptados. Es cierto también, creemos nosotros, que la ciudadanía tiende a considerar la sanidad como destinatario preferente del gasto público, que la misma ciudadanía desea la libre elección del médico de ca-

becera y la mayor proximidad y humanización de los servicios médicos especializados. Ha detectado —lo hemos observado en sus criterios— la desmotivación de amplios sectores profesionales del ámbito de la salud, que consideramos muy peligrosa cara a la implantación de un modelo ideal de sanidad. Ello es especialmente grave cuando ya llevamos más de un decenio de democracia, en el que hubiera podido evitarse este grave problema.

Efectivamente hay que evitar la confrontación de las dos grandes familias de la sanidad: farmacia y medicina. A la necesidad de prestar ayuda a las atenciones de autoayuda y voluntariado yo añadiría: evitando la politización, cosa que nos parece muy importante. También nos parece el criterio adecuado para el programa que nos ha expuesto.

Por otra parte creemos, efectivamente, que la función financiera es fundamental para el sistema de corrección de desigualdades, que busca una mayor eficacia, necesaria en la coordinación entre la oferta pública y la privada, dentro de unos esquemas de un reciente informe, encargado, según creo, por su antecesor y que poco a poco la sociedad española ha ido asumiendo como un programa de actuación en el campo de la sanidad hacia el futuro.

Hay que coordinar, como usted dice, los servicios de su Ministerio con los traspasados a las distintas autonomías. Sabe que no encontrará inconvenientes en la Comunidad que mi Grupo representa, dentro del respeto al Estado de las autonomías que ha mencionado con énfasis.

Dentro de esos esquemas que he recogido, en la precipitación de las notas que he ido tomando, hay que desearle, señor Ministro, que su Gobierno efectivamente le otorgue los presupuestos que necesitaría para llevar a cabo su programa. No puedo por menos que dar la bienvenida a esa propuesta del Gobierno para llevar a Barcelona la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento, cosa que desde la perspectiva de mi Grupo sería un acto que llevaría a fortalecer los sistemas sanitarios que ya tenemos en nuestra ciudad.

No obstante, señor Ministro, de este análisis amable en su bienvenida, hay varios problemas a resolver, que ya se los ha planteado el portavoz del PP, desde las fórmulas de una estricta y necesaria oposición. Son déficits históricos a los que los años de democracia no han dado solución; esperamos que usted, con tiempo, pueda darles la solución más adecuada. Esa solución la ha planteado usted mismo al decirnos que hacía falta transformar la cultura de la administración de los recursos públicos, como en otras áreas, para dejar atrás el tercer mundo, que aquí se ha mencionado y que todos queremos muy lejos.

Finalmente, señor Ministro, por cortesía con su primera intervención, por pragmatismo en el ejercicio de la oposición, sea bienvenido, que tenga suerte. Si le falla su suerte o su gestión ya habrá ocasión de tenerlo en cuenta. Hoy nuestra obligación es darle la más cortés bienvenida.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, yo también doy la bienvenida al señor Ministro y le manifiesto mi agrado por empezar a debatir temas de política sanitaria y problemas y soluciones de la sanidad española, que desgraciadamente hace tiempo que están pendientes de solución.

Quería solicitar la flexibilidad en el tiempo del Presidente de la Comisión, pues por diferentes problemas ocurridos en la sustitución hace tiempo que no se debaten temas referidos a la sanidad en esta Comisión. Intentaré centrarme al máximo en los temas concretos, pero solicito algo de flexibilidad por parte del señor Presidente.

En primer lugar, señor Ministro, usted señalaba —en mi opinión con acierto— que uno de los problemas (yo diría el problema central de la sanidad española) es la financiación insuficiente. Usted sabe, señor Ministro, que el porcentaje de nuestro producto interior bruto, con el techo de nuestro nivel de desarrollo, que destinamos al gasto sanitario, es muy inferior al que destinan el resto de los países con los que formamos Comunidad. Este nivel de gasto, deflactado con respecto al PIB, apenas alcanza en estos momentos el nivel de gasto de 1982. Por tanto, señor Ministro, me atrevo a contradecirle: el gasto deflactado por persona es muy inferior al de los comienzos de las legislaturas de gestión socialista.

Quiero remitirle un dato de una personalidad económica, no sanitaria, cercana ideológicamente al Partido al que pertenece usted, señor Ministro, que es el catedrático de economía don José Barea, quien publicaba un estudio complejo, en función de múltiples indicadores, por el cual llegaba a la conclusión de que los aumentos de la cobertura sanitaria, absolutamente saludables desde la óptica de la solidaridad social, se habían enfrentado con niveles de gasto semejantes, lo cual había llevado a una disminución anual de la calidad global de la atención sanitaria prestada del 3,14 por ciento. Me parece que la conclusión que de esto se deriva, la precariedad de los servicios sanitarios, es un elemento de primer orden con el que usted debe enfrentarse a la hora de identificar los problemas y, por lo tanto, de arbitrar las soluciones.

Indicadores de salud, señor Ministro. Es verdad que nuestro país es un país desarrollado y como tal tiene indicadores que corresponden a este nivel de desarrollo económico, pero tengo que repetir algo que señalé a sus predecesores y que me parece importante para no llevar a cabo conclusiones triunfalistas. Los indicadores de nuestro país están bajo sospecha. La calidad de los indicadores de nuestro país no reúne las garantías necesarias. La Organización Mundial de la Salud señala que cuando un país como el nuestro tiene como sexta causa de muerte los procesos mal definidos es que la calidad de sus estadísticas no es buena. Por tanto,

la tasa de mortalidad infantil, la expectativa de vida, que se elabora fundamentalmente a partir de la tasa de mortalidad infantil, no reúnen la credibilidad necesaria. No quiero ser alarmista, pero es importante, porque la calidad de los sistemas de información es algo a lo que usted no ha hecho mención y es una de las importantísimas asignaturas pendientes, máxime cuando —criterio que yo comparto— se plantea, por fin, la elaboración del plan integrado de salud que sirva no solamente como declaración de buenas intenciones o de principio sino como criterio de planificación y de evaluación de la gestión.

Señor Ministro, quiero señalarle otro problema, al que me alegro de que usted haya hecho mención, la siniestralidad laboral. Las muertes por accidentes de trabajo son un escándalo permanente en nuestro país, y yo aprovecho que usted ha tenido la inteligencia, a mi juicio, de señalarlo para hacerle una consideración concreta: desde la izquierda, entendiendo que la salud de la población, en este caso de los trabajadores, es un bien superior al de la productividad de la empresa, se ha entendido siempre que, partiendo de la lógica colaboración entre los Ministerios de Trabajo y de Sanidad, la responsabilidad de la salud de los trabajadores debe ser prioritariamente una responsabilidad sanitaria. A este nivel yo conozco que se están elaborando programas de salud laboral desde atención primaria y le pido que desde el Ministerio de Sanidad, y, repito, desde la prioridad de la salud de los trabajadores sobre la competitividad y la productividad en el seno de la empresa, inste al Ministerio de Trabajo y al Gobierno en su conjunto para que presente el proyecto de ley de salud laboral, que es urgente y que tiene encendidas las luces rojas de cualquier elemento de solidaridad en nuestro país.

Además de la salud laboral, existen prestaciones que la población está demandando a gritos y que no están dentro del sistema sanitario. Usted ha señalado una: las caries. Es un escándalo que la prestación de salud bucodental, la prestación de atención odontológica no esté incluida dentro de la Seguridad Social excepto para lo que suponen las extracciones de piezas. En este sentido, pienso que es de urgencia modificar —a continuación me referiré a este punto— el tipo de prestaciones incluyendo las prestaciones de salud bucodental.

Algo semejante quiero señalar en torno a la planificación familiar. La realización de la interrupción voluntaria del embarazo en la red pública, a lo que usted ha hecho mención en declaraciones recientes, no cuenta con el apoyo de Izquierda Unida en el sentido que usted entiende de que la garantía de la obligatoria privacidad e intimidad de la mujer en la realización de este derecho deba llevar como consecuencia el incremento de concertaciones con servicios privados. En este caso, señor Ministro, la protección de la intimidad de la mujer sí debería conllevar la realización de la interrupción voluntaria del embarazo con libertad de elección en cuanto al lugar de ejercicio de este derecho dentro de la red pública, de manera que la persona no tuviera

obligatoriamente que encontrarse con sus vecinos si no lo desea.

Otra pregunta concreta que quiero formularle es qué pasa con la RU-486. Usted sabe que hubo un debate en esta Comisión respecto a ese tema sobre el que ya nadie se cree que esté pendiente de realización de ensayos clínicos. Evidentemente toda la vida se pueden estar ensayando los efectos de la aspirina o de la moxicilina. Recientemente un gobierno conservador como es el Gobierno británico ha incluido la RU-486 entre su registro de medicamentos, y ya es hora de que las mujeres en este país y la sanidad pública puedan ahorrarse lo que supone la intervención quirúrgica para la interrupción voluntaria del embarazo y puedan contar con un elemento como éste. De paso le digo que la cercanía del 8 de marzo haría que fuera especialmente bien recibido por las mujeres en este país que usted tuviera la amabilidad de instar a los laboratorios a la comercialización de algo que, desde luego, repito, está absolutamente cubierto en cuanto a riesgos en lo que se refiere a ensayos clínicos.

Paso a referirme a la burocratización del sistema. Señor Ministro, usted conoce tan bien como yo, porque, afortunadamente, según dicen, y yo me creo, es un experto en temas sanitarios, que los sistemas más privados son los más burocráticos; los sistemas que persiguen la factura, los sistemas que persiguen la receta son los más burocráticos del mundo. Los sistemas privados destinan hasta un 26 por ciento de su presupuesto a gastos burocráticos. La burocratización del sistema público, sin negar que sea mejorable en la gestión, es inferior a cualquier tipo de gestión más elevada, y aprovecho para decirle, señor Ministro, que en mi opinión cualquier otro tipo de valoración está cargada de ideología y persigue intereses que no son los de la equidad ni los de la solidaridad, sino que son otro tipo de intereses que usted y yo conocemos bien.

Sin embargo, le voy a hacer una sugerencia para disminuir la burocracia dentro del sistema público: la cobertura de la población llega en este momento al 99 por ciento. Según han dicho sus predecesores, y yo me creo, en ese 1 por ciento restante están incluidas las personas de mayores recursos, que probablemente acudirán a la sanidad privada en busca de mayor calidad, cosa que no comparte Izquierda Unida. Como probablemente Izquierda Unida no goza de mucho predicamento en ese sector, no creo que la extensión de la universalización a todas las personas que viven en este país supusiera un incremento del gasto sanitario, y, sin embargo, fíjese, el hecho de no tener que buscar al usuario, a la persona con derecho a la prestación, sino que todo ser humano por el hecho de vivir en este país tuviera derecho a la atención sanitaria del sistema sanitario público sería un elemento de solidaridad y de equidad desde luego, porque hay muchas otras personas que no están incluidas en ese 1 por ciento de las clases más favorecidas que tampoco lo están en el sistema sanitario —y me refiero especialmente al colectivo de riesgo desde el punto de vista de la salud pública que suponen los

inmigrantes—, y el gasto que pudieran ocasionar en el acceso a las prestaciones sanitarias podría quedar muy fácilmente compensado por la disminución de la burocracia del sistema en el sentido de tener que identificar en cuanto a derechos, no en cuanto a persona que utiliza el sistema sanitario de la población en general.

Yo quería señalar otro tema que es ideológico pero que me parece de la mayor trascendencia. Usted ha utilizado, sin citarlos, criterios que empleaba Ivan Illich en su «Némesis médica» para hablar de la enajenación de la salud. Yo quería mencionar un tema importante, que desgraciadamente no ha sido objeto de su intervención. El mayor elemento que impediría la asunción responsable del individuo y la colectividad de sus propios problemas de salud en íntima colaboración con los profesionales del sistema sanitario, sería la no participación; la participación no solamente del voluntariado social, señor Ministro, la participación organizada de la población a través de sus representantes dentro del sistema sanitario público, y también, señor Ministro, dentro del sistema sanitario privado que concierne con la sanidad pública. Yo quiero llamar la atención sobre esto. Haciendo un paralelismo con el servicio público comparable a la sanidad característico del Estado del bienestar como es la escuela, la Ley Orgánica del Derecho a la Educación prevé la participación de los padres y de los trabajadores en los entes privados, en las escuelas privadas que reciben conciertos con el sistema sanitario público. Por qué razón no extender la participación de la población en el control del gasto público a aquellas entidades colaboradoras que se están manteniendo fundamentalmente en función de conciertos con la sanidad pública. Insisto, la enajenación de la salud tiene como solución la participación de la población.

Por otro lado, la reorganización del sistema sanitario no es una urgencia ahora, señor Ministro. Esperamos la reorganización del sistema sanitario público desde la publicación de la Ley General de Sanidad. Usted ha hecho mención a ella en repetidas ocasiones desde planteamientos que yo comparto en lo que se refiere a equidad, solidaridad, primacía de la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, hay un elemento que sospechosamente no encuentro, y es otro de los principios básicos de la Ley General de Sanidad, que es la «integralidad» en el abordaje de la atención a la salud; «integralidad» que, repito, contradice formalmente conclusiones explícitas de la Comisión Abril Martorell en cuanto a la separación entre la prevención y la asistencia sanitaria, criterio que, en mi opinión, es un elemento que impide la eficacia, la efectividad global del sistema sanitario, en la medida en que se reorganice y se gestione tal y como prevé la Ley General de Sanidad en función de objetivos de salud.

Aprovecho para preguntarle, en concreto, señor Ministro, el plan integrado de salud que usted, como otros de sus predecesores, informa que se está elaborando, ¿para cuándo va a estar, para cuándo va a entrar en vigor? Y aprovecho para decirle que el plan integrado de

salud, en cuanto a objetivos de salud y en cuanto de él se desprendan criterios de gestión y de desarrollo del sistema sanitario público, contará con el seguimiento y con el apoyo de Izquierda Unida.

La delegación de competencias, señor Ministro, está pendiente desde el mes de julio de 1991. Me refiero a que el señor García Valverde, y lo digo porque por cortesía hacia usted yo he retirado una interpelación que tenía pendiente...

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): El lunes se publicó la delegación.

La señora **MAESTRO MARTIN**: En este caso me alegro mucho y me facilita el seguir con eso.

Quería plantearle otro tipo de problemas. La separación de la gestión en atención primaria y en atención especializada dentro de las áreas sanitarias, en mi opinión es una aberración en cuanto a que la necesidad de coordinación y la necesidad de trabajar con los mismos objetivos de salud, evidentemente con diferentes funciones, dentro de la atención primaria y de la atención hospitalaria, creo que es uno de los elementos que está restando eficacia al sistema sanitario. Ello exige también un compromiso concreto, señor Ministro. El señor García Vargas se comprometió con los sindicatos —y yo entiendo que con la sociedad española— a finalizar la reforma de la atención primaria en el año 1992. Estamos en 1992, apenas el 50 por ciento de la población está cubierta en teoría con centros y equipos aprobados; apenas el 25 por ciento de la población está recibiendo atención sanitaria con respecto al nuevo modelo. Este, señor Ministro, es uno de los elementos básicos que están menoscabando la calidad del sistema sanitario. El sistema de atención primaria, tal y como recomendaba la Organización Mundial de la Salud, se planteaba como el eje de la calidad del nuevo sistema. Yo le pregunto para cuándo y en qué condiciones.

El modelo está devaluado, porque se está prestando con unos recursos humanos y materiales muy precarios. La masificación del sistema antiguo apenas ha disminuido en el nuevo sistema; apenas uno de cada tres equipos de atención primaria, según las memorias del Insalud, está haciendo programas de salud. Eso quiere decir que no se está previniendo; eso quiere decir que en el programa de atención a la mujer, señor Ministro, la detección precoz del cáncer de mama, que es la primera causa de muerte entre las mujeres, no se está realizando adecuadamente; no se está realizando prevención del cáncer de cuello uterino. Estoy hablando de los cánceres femeninos, da la casualidad que femeninos, pero son en los que la prevención resulta en mayor medida eficaz.

Las «ratio» de médico, de enfermero y de pediatra son tan abultadas que impiden la realización de programas de salud, con lo cual el nuevo modelo no se está implantando. Esa es una de las denuncias que yo hacía cuando se hablaba de la Comisión Abril Martorell como

comisión de evaluación. ¿De evaluación de qué modelo? Cuando el modelo todavía dista mucho de estar en marcha...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, la flexibilidad se está acabando.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Voy terminando.

En otro orden de cosas quería plantear que, a mi juicio, no existen necesidades de redefinición a la baja de cuáles son las prestaciones tanto farmacéuticas como asistenciales, sino muy al contrario, existen necesidades nuevas por cubrir y existen posibilidades de intervención sobre el gasto farmacéutico —que es un tema tan amplio que no voy a entrar; ya tendremos oportunidad otra vez de hablar sobre él— que permitirían intervenir, como son medidas sobre el registro, medidas sobre las compras globales, que no requerirían de ningún tipo de limitación de prestaciones, sino muy al contrario.

No quería dejar de señalar algo en cuanto a las políticas de recursos humanos. Señor Ministro, estamos hablando de aspectos de flexibilización. Izquierda Unida como fuerza política de la izquierda no defiende los intereses de los profesionales por encima de los intereses de la población; es decir, los intereses de los trabajadores deben hacerse compatibles con los intereses superiores del sistema sanitario como servicio público. Sin embargo, esto no quiere decir que se puedan tolerar reconversiones a la baja a la hora de desarrollar la gestión del sistema sanitario cuando las «ratio» personal sanitario/cama en nuestro país, tal y como señalaba recientemente Vicente Navarro, son muy inferiores a las de otros países. Es decir, no sobra personal en el sistema sanitario público; en todo caso, falta y mucho.

Pero hay algo de lo que no le he oído a usted hablar ni a sus predecesores, que me parece de vital importancia. ¿Cómo se está aplicando la Ley de Incompatibilidades? La disminución de rendimiento de los quirófanos, de los servicios hospitalarios en general tiene mucho que ver con algo que usted conoce tan bien como yo. Los jefes de servicio, que son quienes están marcando los niveles de productividad en los servicios hospitalarios, están incumpliendo de manera flagrante la Ley de Incompatibilidades y están atendiendo enfermos privados, o están acudiendo a servicios sanitarios de la sanidad privada, incompatibles, dentro de su propio horario de trabajo...

El señor **PRESIDENTE**: Señoría...

La señora **MAESTRO MARTIN**: Termino, señor Presidente.

Quiero decir que no hace falta romperse la cabeza en buscar políticas de recursos humanos. Hay instrumentos legales e instrumentos normativos que permitirían, aplicándolos adecuadamente, eliminar efectos perversos dentro de lo que es la eficacia del sistema público.

Para terminar, tenga usted la seguridad, señor Ministro, que en cuanto a lo que se refiere a incremento del gasto sanitario público, desarrollo de las infraestructuras públicas, tendrá todo el apoyo de Izquierda Unida para exigir del Gobierno mayores niveles de gasto sanitario, por cuanto es justo al revés de lo que opina el señor Solchaga y la CEOE, el mayor gasto sanitario contribuye al mayor desarrollo socio-económico, y no a la inversa.

Quiero terminar con una mención a un congreso socialista celebrado, no en el Frente Popular, sino en el año 1977, que señalaba que una de las misiones de la gestión pública del sistema sanitario público era preservar los intereses de la salud de la población, preservarlos de la banca, de la industria farmacéutica y de las aseguradoras privadas, como elementos que tienen como objetivo el lucro privado y que distorsionan gravemente los objetivos sanitarios del servicio nacional de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo del CDS tiene la palabra el señor Revilla, con una flexibilidad equiparable a la de la Diputada anterior, pero no mayor, señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Muchas gracias, señor Presidente, he tenido la precaución de anotar los tiempos de mis predecesores; no pretendo con ello suplantar a S. S.

Saludamos por segunda vez al señor Ministro. El otro día tuvimos ocasión de hacerlo en el Pleno de la Cámara, y hoy lo hacemos aquí en esta Comisión, en la cual lo primero que nos ha dicho, ha asegurado y a lo que se ha comprometido es a debatir y a dialogar, y yo debo corresponder —es mi obligación inmediata— a esa invitación con el mismo deseo y con la misma disposición a contribuir a que ese diálogo y ese debate sea fructífero. Como ya tuve ocasión de referirme a este aspecto en la anterior interpelación, no voy a extenderme más en ello. Yo creo que es importante que eso suceda y sobre todo que no nos limitemos a escucharnos.

La intervención del señor Ministro, que es en cierta medida convencional o típica y que corresponde a lo que es una primera comparecencia de un nuevo ocupante de un departamento ministerial, ha tenido algunas novedades que yo deseo destacar.

El otro día, en el debate de la interpelación, dije que, sucesivamente, los discursos y las intervenciones de los Ministros de Sanidad de los sucesivos Gobiernos socialistas se habían caracterizado por ir incorporando a su discurso el conocimiento o la percepción de nuevas formas de afrontar, de enfocar, de detectar los problemas y la complejidad de la cuestión sanitaria. Eso es así y yo me quejaba de que desgraciadamente no había habido una correspondencia entre ese esfuerzo, por otra parte loable, y la aplicación en la práctica de esas, por lo menos, conquistas en el plano del conocimiento.

¿Qué era lo que además en esos discursos aparecía siempre? Una desconexión entre el contenido, entre la

literalidad, y después el manejo de esa literalidad en cuanto profundizábamos en el cómo de las cosas. **(Rumores.)**

El señor **PRESIDENTE**: Perdone, señor Revilla. Guarden silencio, por favor. **(Pausa.)** Gracias.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Gracias, señor Presidente.

Efectivamente, yo he observado que efectivamente hay una mayor preocupación por el cómo, y eso es importante, en la exposición del señor Ministro. Por eso, cuando él ha dicho que no hay cambios profundos en su política y que no hay razones para cambiar, yo tengo que señalar que está en íntima contradicción con buena parte de lo que después posteriormente ha dicho. No es posible afrontar la sucesiva exposición de necesidades, de problemas, de horizontes, de utilización de medios, si no se hace con una voluntad grande de cambiar y de cambiar en profundidad. Eso es así y no tenemos por qué —digamos— asombrarnos de ello.

El señor Ministro —quiero también significarlo— ha puesto especial énfasis, lo ha elevado a condición para el debate y para el diálogo, en la defensa del Sistema Nacional de Salud. Yo no sé si es una necesidad política del señor Ministro al comienzo de su mandato y es un aviso a navegantes. Probablemente es así, porque no encuentro una explicación. Si el señor Ministro quiere y sabe ya que es necesario cambiar en profundidad muchas cosas y quiere advertir que esos cambios no van a estar en contradicción, no ya con lo que pueda ser el programa del Partido Socialista, que en resumidas cuentas afectará al Partido Socialista y a sus electores, sino con lo que es el Sistema Nacional de Salud, puede estar seguro de que nosotros estamos dispuestos a colaborar en la defensa del Sistema Nacional de Salud, pero desde luego no necesitamos para ello advertirlo como si los cambios que desde hace mucho tiempo venimos señalando que es necesario introducir fueran algo en contra de dicho sistema, cuando precisamente es la única forma de salvarlo o por lo menos la forma más eficaz.

Fijese usted, en el año 1983 en nuestro programa ya introdujimos la oferta de ubicar en la gestión hospitalaria el presupuesto global. Hoy ya casi parece algo arrinconado. En el año 1986 hicimos la siguiente oferta: que la asistencia sanitaria fuera gratuita hasta un determinado nivel de renta, con todo lo que eso conlleva. En el año 1989 advertimos que era necesario pasar ya la financiación a los Presupuestos Generales del Estado, no el 70 por ciento, sino toda ella, porque la impresión nuestra es que (incluso el Informe Abril recomienda que por razones de que no haya apreciación de precio cero se mantenga una financiación en base a cuotas) mientras no se produzca esa reforma, estaremos dando vueltas y vueltas y seguiremos manteniendo un Sistema Nacional de Salud de origen y filosofía benéfica. Ahí todas son cuestiones sólo para discutir las y profundizar en ellas.

En el año 1990 hicimos la oferta, suficientemente conocida, de crear la comisión de evaluación y reforma, que después ha dado los frutos que todos conocemos. Por ejemplo, del decálogo que nos expuso el otro día yo me he molestado en identificar cada uno de sus puntos con los números de la resolución o resoluciones de las conclusiones del informe de esa comisión de evaluación, que ahora no voy a señalar aquí. Es decir, ya tenemos ahí un primer beneficio. Por último, en el año 1991, en nuestro programa hicimos otra oferta, estoy señalando, la de que los centros sanitarios se convirtieran en empresas públicas regidas por el Derecho privado.

Hay ahí, nada más que sacando de cada año una, una serie de ofertas acerca de las cuales todos nosotros, y yo mismo, hemos evolucionado, pero que si se hubieran estudiado en su día, si no se hubiera utilizado el debate solamente para explicar, sino también para escuchar y realmente buscar soluciones, con toda seguridad habríamos avanzado más de lo que hemos avanzado hasta ahora.

En fin vamos a las cosas que usted ha dicho. En razón del tiempo, sé bien que no voy a poder entrar en los aspectos concretos y me tendré que referir a los generales. Eso sí, me ha llamado la atención que sólo al final y cuando habla usted de medios se refiere usted al tema de la financiación, cuando resulta que es el problema que está planteando en todos los países los sucesivos estudios, análisis y, en consecuencia, respuestas.

Quiero aprovechar para decir que mientras no utilizemos la situación de nuestro país relacionando el gasto sanitario «per capita» con la renta «per capita», estaremos siempre manejando cifras que pueden ser utilizadas en un sentido o en otro, pero que no reflejan ni la realidad, ni la comparación con los demás países.

En cuanto a los temas generales y concretos, vuelvo a señalar —no quiero meter el dedo en la llaga— que muchas de las cosas que usted ha dicho ya han sido estudiadas y varias de ellas han sido acometidas en algunas comunidades autónomas. Es decir, seamos conscientes, yo creo que la insistencia que usted ha puesto en la necesidad de establecer una coordinación, un consenso con las comunidades autónomas lo refleja, yo me congratulo de ello, pero seamos conscientes de que podemos debatir una determinada política sanitaria aquí en esta Cámara y estarse produciendo ya o irse a producir después una política sanitaria no necesariamente coincidente en todos sus puntos con ello.

Un tema general es el de la universalización. Yo no voy a entrar, porque ya lo he hecho muchas veces, aunque no debatiendo con usted, en si la universalización es o no una conquista susceptible de ser atribuida exclusivamente al Partido Socialista. Es igual; lo acepto. Peor lo que sí quiero señalar es que me da la impresión de que ustedes siguen hablando de la universalización como si se estuviera produciendo en los años sesenta. Y la universalización se está produciendo en los años noventa.

Señor Ministro, hemos pasado de la satisfacción de

la necesidad a la satisfacción de la abundancia. Y eso es lo que hace que la universalización —lo advertimos ya en el año 1986— produzca esa colisión entre las posibilidades de mantener la calidad y el deseo de atender la universalización. No es lo mismo la universalización en un país que estaba intentando alcanzar la renta «per capita» de los 3.000 dólares que en un país en el que estamos en torno a los 12.000 dólares «per capita». Porque si nos quedamos en la primera fase, la fase de la necesidad del Estado de bienestar, estamos en un plan de desarrollo y si queremos defender el Estado de bienestar y, por tanto, defender el sistema público nacional de salud que a usted le interesa, tenemos que entenderlo en el plano de la segunda fase del Estado de bienestar.

Un aspecto importantísimo de esa segunda fase del Estado de bienestar es —y ha sido ya suficientemente recogido en toda la literatura— el aumento de la capacidad de decisión o la demanda de poder decidir. Con esto lo que estoy señalando es que el llamado usuario de esta segunda fase ya no es el usuario de antes. No solamente quiere mayor calidad, sino que quiere poder decidir, aspecto que incide inevitablemente en la sanidad y, por tanto, en la satisfacción del enfermo, cuestión que se está introduciendo, como usted bien sabe, hoy día la evaluación mucho más que antes, precisamente porque todos los países están preocupados por ello y están en esta segunda fase.

¿Esto qué significa? Que tenemos un sistema abierto a todo, y usted lo sabe muy bien, señor Ministro. Es de lo que tenemos que hablar. No podemos seguir permitiéndonos el lujo de mantener un sistema abierto a todo, porque, una de dos, o se introduce subrepticamente un racionamiento inevitable o, de lo contrario, estamos haciéndolo no equitativo. Lo he dicho muchas veces: termina siendo un sistema nacional de salud para los pobres, del cual los ricos siempre tiene la posibilidad de escapar buscándose unas sanidad adicional por otras vías. Esto es lo que significa defender el Sistema Nacional de Salud, esto es lo que para nosotros significa estar al día en esta cuestión.

Solamente un aspecto que ya en nuestra moción... **(Un fotógrafo se acerca al estrado.)**

El señor **PRESIDENTE**: Perdona un momento, señor Revilla.

Haga el favor de abandonar la sala. ¡Abandone la sala! **(Pausa.)**

Siga, señor Revilla.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Termino, señor Presidente.

Al hacer la separación entre financiación y provisión, que era un tercer punto de nuestra moción, se introduce, obligadamente, la competencia. Usted se ha pronunciado por la competencia pública —así me ha parecido entenderlo—. Yo el otro día ya le dije que había dos modelos: uno, la competencia pública y, otro, la competencia mixta. Yo no le voy a decir si soy partidario de uno

o de otro; lo que le voy a decir es que, inevitablemente, tendremos que llegar a la competencia mixta, entre otras cosas porque es mucho más equitativa y porque, además, en la competencia pública apenas sí disponemos de modelos y en la competencia mixta estamos ya disponiendo de modelos satisfactorios. Y, en resumidas cuentas, los políticos tenemos que estar a la bondad de los hechos.

Pero hay un asunto que usted señala, y es que para rebatir la competencia mixta —me da la impresión— usted dice que eso no puede ser porque se establece una competencia entre sistemas que tienen cargas distintas.

Yo quiero, con toda benevolencia, decirle que es un planteamiento erróneo. La competencia, señor Ministro, nunca se plantea en ese sentido, se plantea competencia por productos. En sanidad, la competencia es por productos y, por tanto, cuando se establece la competencia no tiene nada que ver cuáles sean las cargas que están repercutiendo sobre uno u otro productor o sistema productivo de esa oferta.

Pero es más: yo le quiero señalar una cosa que, curiosamente, ningún ministro de sanidad socialista ha reparado en ello todavía. Y me llama la atención que el Presidente del Gobierno no se lo haya advertido a ninguno, porque, conociéndole un poco, es de las cosas que capta rápidamente. El Sistema Nacional de Salud tiene una riqueza acerca de la cual todavía nadie ha hablado y a nadie parece interesarle, que es la de que dispone de 40 millones de ciudadanos. Y esa riqueza, inconmensurable riqueza, es la que permite y, sobre todo, obliga a obtener beneficios de ella en base a la docencia, en base a la investigación, en base a la producción de riqueza, en base a la activación del sistema económico, en base a esa cooperación intersectorial a la cual usted se ha referido con toda razón y con la que nosotros estamos de acuerdo y apoyamos. Hace muchos años un Ministro de Sanidad me preguntó: ¿Qué harías tú en salud? Le dije: ¿En salud o en asistencia sanitaria? Me contestó: No, no, en salud —porque entonces era lo que se llevaba— y le respondí: Una buena política de empleo, porque no creía que eso pudiera ser una buena acción en salud. Valga este inciso.

Quiero señalar, primero, que si queremos renunciar a la competencia mixta, tenemos que hacerlo sabiendo lo que decimos, no dejándonos llevar por planteamientos más o menos convencionales. Y, segundo, que no olvidemos esa inmensa riqueza del Sistema Nacional de Salud, también para defenderlo. Y para defenderlo, señor Ministro, si esa es su voluntad, nos tiene desde este momento, como hemos estado siempre, a su lado, utilizando y dispuestos a utilizar ese diálogo, deseando que se nos escuche y dispuestos, desde luego, a escucharle a usted, que tiene la suma responsabilidad del Gobierno en esta materia, mucho más que a cualquier otro.

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

El señor **MARDONES SEVILLA**: Quiero también sumarme a la bienvenida al señor Ministro de Sanidad y Consumo en su primera comparecencia pública en esta Comisión para darnos cuenta de las directrices generales de la política sanitaria que piensa desarrollan en su Departamento.

Dicho esto, señor Ministro, voy a hacerle una serie de consideraciones, una declaración de principios, sin entrar en competencias y en materias específicamente sanitarias.

Estoy plenamente de acuerdo con lo que usted ha dicho al principio sobre ese modelo sanitario público, que es auténticamente una conquista social y un patrimonio a preservar. Por tanto, aceptación plena.

Pero, a partir de ahí, nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Esto cuánto cuesta? ¿Esto quién lo paga? ¿Esto cómo se paga?

Los acuerdos de Maastricht, señor Ministro, van a situar a la sanidad pública en un dilema dentro de unos años. Si el déficit público no puede pasar de un tres por ciento, el componente del coste de la sanidad pública hacia el déficit público tiene que resolverse. Y creo que usted ha dado una fórmula: un consenso político. Porque, si no, no habrá aquí manera de entenderse, pues el modelo que estamos utilizando —ahora me referiré a las prestaciones— es expansivo.

Por tanto, consenso político, compromiso en un sistema público. De acuerdo. Pero yo pediría al señor Ministro que concretara qué documento, qué proyecto, qué modelo —como lo quiera llamar— se oferta a las fuerzas políticas, que tendrá que contar con un consenso también extraparlamentario, de los sectores sociales y empresariales. Hasta hoy quien paga esto son los ciudadanos con los impuestos y los empresarios y trabajadores por la cuota que se aporta a la Seguridad Social y a la sanidad.

Me voy a concretar en tres aspectos: las prestaciones, la financiación y la organización.

Las prestaciones. Mientras no tengamos, vía consenso, un padrón de una política conceptual interna del modelo público de sanidad que es indeterminadamente expansiva, que nadie sabe cómo se accede porque es tan general, y después, dentro de ella, a qué se tiene derecho, porque hacer la lista en puntos suspensivos es lo que nos está creando un análisis de costes tremendo, y por tanto, si debe predominar, como queremos, dentro de este principio de patrimonio, el principio de generalidad y de gratuidad, defínase en las prestaciones cuál es el núcleo básico que debe ser asumido por toda la colectividad española como principio de solidaridad, lo que se está dispuesto a pagar.

Por que ¿qué ocurre? Que al llegar al concepto de la financiación, qué cuesta esto, ya se exprese en producto interior bruto, diciendo que si estamos en el cinco por ciento, que si la media de la OCDE es del siete por ciento o si nos vamos a aproximar dentro de unos años y vamos a estar en el ocho por ciento del producto interior bruto, sin contar el freno de Maastricht, o si ese equilibrio con Maastricht se hace quitándole pre-

supuesto a las Fuerzas Armadas, a las carreteras o a no sé qué otras inversiones públicas estatales, todo ello requiere una armonización para que funcione el Estado como gran administración.

La financiación, señor Ministro tiene una secuencia histórica curiosa. Creo recordar que en el año 1982, por tocar esta década, la financiación de todo este sector de la sanidad pública y Seguridad Social, lo que viene de los Presupuestos Generales del Estado, es el 15 por ciento y lo que se aporta por cuotas de la Seguridad Social —le hablo en números redondos— está alrededor del 80, 82 u 83 por ciento. Hoy nos encontramos con una inversión de esa correlación: en 1991-1992 el 70 por ciento se cubre con los Presupuestos Generales del Estado y el 30 por ciento con las cuotas que vienen de los empresarios y trabajadores. Por tanto, habría que tomar una definición, y ésta es una de las recomendaciones que hizo el informe Abril: manténgase la participación de cuotas, no se baje, para que, por lo menos, los que pagan sepan lo que cuesta parte del sistema de sanidad que tenemos.

Hasta qué momento esa relación Presupuestos Generales del Estado-cuotas de la Seguridad Social vienen ahí. Porque, si no partimos de ese principio, poco se va a percibir por el que necesita el beneficio de esta actuación. Por tanto, la política de cuotas debe hacerse.

Ahora bien, en el año 1982, señor Ministro, por tocarle un segmento de los que cotizan que son los funcionarios civiles del Estado, se jubilaban con 70 años, pero en el año 1992 se jubilan con 65. Es decir, aparte de tener más clases pasivas, tenemos más usuarios del sistema, en este caso vía Muface y concertación privada, pero dentro del sistema General de la Seguridad Social y del modelo público de sanidad tenemos menos gente activa cotizando y más gente pasiva recibiendo beneficios. Eso tiene que ir al marco del principio de solidaridad, por supuesto. Yo no lo estoy criticando, estoy sencillamente denunciando o poniendo en evidencia una realidad, un fenómeno que tiene su componente de costo en las cifras que estamos alcanzando.

Dicho esto, cuando tengamos que racionalizar costes, bien por exigencia de una contabilidad analítica, lo que ustedes nos pongan en el proyecto a consensuar y debatir entre las fuerzas políticas, bien, señor Ministro, lo que sea una actuación por el acto médico que se realiza dentro de la propia estructura, que se analicen lo que son prestaciones complementarias, que se repercuta en el coste de los servicios todo el gasto corriente que lleva. Porque ahora muchas veces hay una impenetrabilidad, y esto se ve cuando se discuten conciertos —y tocaré este tema a continuación— para saber cuál es el análisis del coste acto médico que ocurre. Esto los hoteleros lo saben perfectamente, porque tienen una contabilidad analítica que les lleva a poner los números perfectamente y saben si pierden o ganan. Señor Ministro, actualmente el Estado es consciente que atender por un principio de universalidad y generalidad con una red estatal es imposible, sería ruinoso. La organización se basa en la red propia del Insalud y en la red

concertada de otras instituciones. Usted acertadamente, porque sabe que esto es un principio de solidaridad con el Estado de las autonomías, hace una apelación a aquellas comunidades autónomas que tienen ya transferencias y competencias en sanidad y las que puedan incorporarse, y después a otras instituciones. Me parece muy acertado, señor Ministro, que usted señale también, a través de la institución de la Federación de Municipios, a los ayuntamientos. Pero conoce, y aquí le traigo un caso muy específico en mi condición de Diputado de Canarias, la cuestión que existe con los Cabildos insulares, y con una generalidad en el país, que es, dentro de la organización, el pago a los proveedores. Usted se encuentra con dos problemas encima de la mesa: la deuda a proveedores, que una empresa privada ya les habría llevado ya al juzgado al presentar suspensión de pagos. Porque está generando un efecto perturbador en la política de precios, incluso de las especialidades farmacéuticas o de cualquier acto que se pueda percibir por el beneficiario. Por otro lado, la cuestión de los conciertos.

Y entramos en un autoengaño de los costes del modelo público de sanidad. Por ejemplo, desde el año 1965, por lo menos para el archipiélago canario, la dieta de acompañante que debe acompañar a un familiar enfermo en una instalación, lo que en un área archipelágica es costosísima, sigue estando en 400 pesetas al día. Yo no sé qué puede hacer hoy con 400 pesetas al día un acompañante que tiene que desplazarse a otro sitio con el enfermo que va a recibir la asistencia.

Si, junto a eso, es en los conciertos donde la Seguridad Social, y el Insalud, fundamentalmente, se permiten el regateo, no estamos contribuyendo a clarificar, porque vamos a tener siempre una contestación del sector privado que oferta camas y servicios complementarios para el modelo de salud pública.

Quisiera que el señor Ministro recogiera estas reflexiones, que no se las hago como preguntas, porque deben ir a un modelo final que es el que quiero que sirva dentro de su política que, vuelvo a decir, me parece de sentido común, para llegar a un consenso político, no haciendo afirmaciones en estos momentos que puedan encrespar un tema que de por sí es polémico. Tenemos el caso ocurrido con su antecesor en el cargo cuando cogió delante de los fotógrafos el informe Abril. Se organizó una gran polémica y una gran contestación, fundamentalmente de sectores sindicales. Nosotros no queremos que se produzca ninguna frustración. El tema tiene la trascendencia social, la importancia económica y el fundamento político como para que lleguemos, vía consenso político, como usted ha señalado, a un compromiso de hacerlo funcionar de una manera racional, de una manera sensata en todas las responsabilidades que tenemos. Si ahí cabe alguna pregunta, señor Ministro, la única en concreto es, en su etapa como Ministro, sobre qué directrices piensa dar a la política de conciertos con las otras entidades. En este caso, por ejemplo, me preocupa mucho con los Cabildos insulares de Canarias por la asistencia com-

plementaria. Asistencia que ya en los Presupuestos Generales del Estado de este año y del anterior, en su artículo 89, vinieron a recoger como una compensación, y que ha sido motivo de discrepancias y de enmiendas, pero que está ahí. Lo que no se puede es llevar al regateo por la baja, porque entonces estamos degradando directa o indirectamente desde el propio Insalud toda la política de precios y de prestaciones, ya que un mismo acto resulta más caro a la instalación del Insalud y más barato en una instalación de estas entidades, que son también públicas pero que están concertadas.

Y una pregunta sobre esta política de concertaciones: ¿Se va a ir a precios reales o a qué forma? Eso es lo único que deseaba decir, para terminar deseándole la mejor andadura y que se cumplan los proyectos de traer un modelo que permita la discusión, el debate y después el consenso y el compromiso. Le deseo fortuna en esta andadura, señor Ministro, porque es para bien de todos los españoles.

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

La señora **GARCIA MANZANARES**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, bienvenido, señor Ministro, a esta Comisión de Política Social y Empleo y muchas gracias, también, por su comparecencia.

Como miembro del Gobierno socialista, señor Ministro, ha dejado clara la continuidad de la acción política que venía desarrollando su Departamento y con la que este Grupo Parlamentario está, como no podía ser menos, plenamente identificado. También sus antecesores han contado con el apoyo y la colaboración de este Grupo en cuanto que Ministros del Gobierno socialista.

Desde la última comparecencia de su antecesor, el pasado mes de septiembre, al día de hoy, como bien nos ha recordado, nada se ha paralizado ni se ha quebrado en el proyecto socialista, ni en el compromiso ni en la responsabilidad del Gobierno para con los ciudadanos en la atención a sus problemas de salud.

Digo esto, en primer lugar, porque frente al ataque fácil y partidista, frente al discurso de catastrofismo, que afortunadamente nadie se cree, producido ante una situación de relevo en el responsable máximo de un Ministerio, es cierto que con sus inmediatas e inevitables consecuencias momentáneas de adaptación, frente a ello —digo— no es menos cierto que el Departamento de Sanidad y Consumo ha mantenido su funcionamiento con esfuerzo, con dedicación, con responsabilidad ante el compromiso de un programa del Gobierno dirigido a los ciudadanos. Traslade, por tanto, también, señor Ministro, nuestro reconocimiento al conjunto de responsables políticos, técnicos y profesionales del Ministerio de Sanidad y Consumo, que han hecho posible este punto y seguido de manera apenas perceptible.

Señor Ministro, nos ha presentado sus líneas de trabajo en un discurso claro, comprometido, racional y coherente y en un tono sereno, vitalista, amable y refrescante, algo de lo que está muy necesitada esta Co-

misión y nuestra sanidad. Mi Grupo aprecia su coraje, que va a necesitar mantener, y agradece que nos transmita esta renovación de ánimo.

Este discurso, como no podía ser menos, no le gusta al algún Grupo, en concreto al Grupo conservador, que dice que le aburre y, sintiéndolo mucho, señorías, me temo que tendrá que seguir aburriéndose.

Me gustaría hacer algunas reflexiones sobre su contenido, sobre el contenido de su exposición, señor Ministro.

En primer lugar, que los socialistas siempre hemos tenido claro un objetivo fundamental, que es el servicio a los ciudadanos y alrededor de ellos deben pivotar nuestros programas y nuestras actuaciones. Así, en el campo de la sanidad, desde hace ya largos nueve años, hemos ido dirigiendo nuestros esfuerzos hacia la extensión de la cobertura sanitaria a toda la población que, junto a la atención integral a la salud, la equidad, la solidaridad, han sido y son los grandes principios recogidos en la Ley de Sanidad y el sistema sanitario público es una realidad que constituye ya hoy un activo de toda la sociedad.

Por tanto, desde la óptica fundamental socialista y a lo largo de estos nueve años de Gobierno podemos decir que hemos conseguido el objetivo, pero, señorías, hemos conseguido el objetivo cuantitativo, el derecho sanitario universalizado. No pretendemos, por más que de eso a veces nos acusen, mantener una postura de satisfacción y triunfalismo por nuestra parte. Somos bien conscientes de que aún falta algo tan importante como es el objetivo cualitativo, el desarrollo de los contenidos de calidad que necesita nuestro sistema y que demandan los ciudadanos, así como la adecuación de la estructura administrativa al crecimiento producido, su modernización.

En estos años, muy pocos ciertamente por más que a algunos les parezca una eternidad, nos hemos dotado de una Ley General de Sanidad a partir de la cual se ha desarrollado el Sistema Nacional de Salud que nos sitúa en similares condiciones a los países de nuestro entorno europeo más desarrollados. Tenemos, como ellos, un sistema sanitario con variaciones en los distintos modelos y con similares problemas también en la consolidación de dichos modelos, pero igualmente tenemos un sistema sanitario bien definido.

Señorías, las dificultades por las que atraviesa nuestro sistema público de salud no es algo extraordinario ni exclusivo de nuestro país ni de ese catastrofismo que se nos quiere adjudicar. Son problemas comunes a todos los países desarrollados. Los ciudadanos cuentan ya con una cobertura universal, pero exigen cada vez más y mejores cuidados y recursos de mayor calidad y, además, necesitamos mantener una tensión constante para adecuar permanentemente nuestros medios humanos, técnicos y materiales a la creciente evolución tanto de las demandas como de las técnicas. Por lo tanto, el dinamismo, la flexibilidad, la capacidad de adaptación, la agilidad en las respuestas deben ser también características propias de nuestro sistema.

Estoy de acuerdo con muchas de SS. SS. cuando dicen que falta mucho por hacer pero es que han pasado solamente nueve años y los socialistas por lo menos necesitamos otra década para consolidar este sistema. Quiero dar las gracias a SS. SS. por animarnos a seguir. La verdad es que la consolidación del Sistema Nacional de Salud no es cuestión de apenas una década, es un proceso, en nuestra opinión, que necesitará al menos de una generación. Además, el debate de la sanidad es un debate permanente. Lo que falta no es cuestión de establecerlo mediante leyes, decretos u otras normas; es cuestión de tenacidad, de consenso, de trabajo permanente y continuo, de flexibilidad.

Este proceso va a suponer, necesariamente, un avance lento, no exento de dificultades, porque a la necesaria adecuación de los recursos a las necesidades rápidamente cambiantes por factores demográficos, sociales, etcétera, se añade también la necesidad de modernización de la Administración sanitaria, que adolece de la mayoría de los problemas de la Administración Pública.

Señor Presidente, señorías, podemos escuchar propuestas de solución milagrosa o mágicas, que no son otra cosa que planteamientos simplistas o demagógicos, cuando no corporativistas e interesados. Es falso que se puedan solucionar los problemas de la sanidad pública con una propuesta milagrosa. Estamos ante un tema que necesita un gran rigor, que necesita corredores de fondo perseverantes y tenaces. Estamos ante la larga marcha, señorías, por la mejora de los servicios públicos y por la mejora de la sanidad pública.

El Grupo parlamentario Socialista no va a renunciar al modelo público, que ya es un activo de toda la sociedad, al Sistema Nacional de Salud y sus principios de equidad, solidaridad, universalidad y financiación pública. Seremos, eso sí, extraordinariamente flexibles en los instrumentos, que deben ser cambiantes por la propia condición dinámica de la sociedad, que no pueden ser dogmáticos, que, por lo tanto, nos tendrán abiertos y dispuestos a considerar todas aquellas posibilidades instrumentales que conduzcan a lograr un sistema público sanitario ágil y de calidad al servicio de los ciudadanos.

Señor Ministro, compartimos con usted que nada de esto se podrá hacer si no es en el marco del diálogo, del consenso y de la cooperación. Desde el principio de su intervención su oferta de diálogo, su actitud abierta a la escucha, a conseguir un espacio de encuentro ha sido la tónica dominante y esto nos satisface especialmente al Grupo Socialista. Pero, es más, sus primeros pasos al frente del Ministerio han sido para dialogar con los agentes sociales, han sido de contacto con la realidad de los servicios, de la realidad de los trabajadores y de los usuarios y con este Parlamento. Esta actitud cercana y dialogante la hemos valorado también con gran satisfacción y ahí, señor Ministro, va a tener siempre a su lado al Grupo Socialista. **(El señor Hernández Mollar: ¡Estaría bueno!)**

Señorías, aceptamos, cómo no, y compartimos, noso-

tros los primeros, la oferta de diálogo que ha planteado aquí el señor Ministro, la oferta de consenso, de acuerdo básico en el modelo irrenunciable, ya no sólo para los socialistas sino para la sociedad española del Sistema Nacional de Salud, del sistema público de salud. Desde ese gran acuerdo básico donde no se ponga en cuestión el objetivo, donde no se ponga en cuestión el qué queremos, porque todo esto ya no es cuestionable, porque el modelo del sistema público de salud está interiorizado, asumido por la sociedad y ya es patrimonio de todos, desde ese consenso será con toda seguridad desde donde podamos avanzar en el debate sobre los instrumentos, los medios, los plazos, los programas concretos y las demandas de la población y, por tanto, las respuestas políticas y profesionales.

El Grupo Socialista está dispuesto a ello, está abierto a este acuerdo básico, a este consenso necesario, sereno, dialogado, flexible, para avanzar en la consolidación del sistema superando protagonismos partidistas en este compromiso por la sanidad.

Señorías, señor Presidente, hay otras muchas reflexiones que quisiera hacer sobre puntos concretos de las líneas que nos presenta el señor Ministro y también, cómo no, sobre algunas de las intervenciones de los portavoces de los distintos grupos, pero no quiero reiterar lo que ya es bien conocido por SS. SS. a través de recientes debates.

Sólo voy a dar una pincelada. Respecto a los portavoces, diré que siempre tenemos ocasión de escuchar aquí alguna docta intervención y conocida es la condición de expertos y profesionales en la sanidad entre los miembros de esta Comisión. Podríamos entrar, una vez más, en contrastar datos, citas de expertos, modelos sanitarios, demostraciones de conocimientos y hasta alguna discusión de cátedra. Cuentan SS. SS. con el reconocimiento que personalmente profesamos a su saber, pero en esta Comisión, en este Parlamento, debatimos sobre política sanitaria, sobre los problemas del sistema público de salud, sobre los objetivos que queremos para nuestra sociedad.

Es legítimo, por otra parte, que cada Grupo maneje los datos, las estadísticas y las comparaciones con el sesgo que más les convenga. Igualmente que defiendan los modelos que a sus respectivos Grupos e ideologías les gusten más, pero sería una vez más reiterar un debate en el que tenemos decenas de «Diario de Sesiones» que recogen los puntos de vista, los argumentos y las opiniones más o menos templadas de cada cual. También los del Grupo Socialista. Como están ahí a su disposición, no entraré en ellos.

Sí quisiera hacer un par de aclaraciones a dos portavoces. En primer lugar, al portavoz del Grupo conservador le diré, si me lo permite, que fue el Padre Damián y no San Martín de Porres quien cuidaba leprosos en Molokai. **(El señor Hernández Mollar: Lo admito.)** A mí, personalmente, no me preocupa su confusión del santoral, lo que me preocupa es la confusión de la sanidad.

También por alusiones, permítannos que en esta Cámara apoyemos nuestros votos en nuestros criterios que

suponen no otra cosa que el compromiso adquirido con los ciudadanos. Con ello sólo respondemos a su confianza.

A la señora Maestro —cómo no— quiero agradecerle la cita de nuestro ideario en materia de sanidad del Congreso Socialista de 1976 en cuanto a la defensa de los intereses del ciudadano por encima de otras cuestiones. Nos alegra mucho esta cita. No nos hicieron ese reconocimiento entonces. Lo que quiero recordarle es que acabamos de tener un Congreso en 1990, y que, si no con tanto retraso, espero que al menos dentro de otros 10 años nos lo vuelva a citar compartiendo también nuestras ideas.

Señor Ministro usted ha dicho: más salud, solidaridad y mejores cuidados. De los objetivos y prioridades concretos que ha expuesto deseo manifestar nuestro pleno acuerdo porque no son sino las bases fundamentales de nuestro programa. Necesitará, señor Ministro, mantener sus fuerzas, su coraje, su perseverancia. Necesitará también muchos años, que no dudamos que va a tener, en esta carrera de fondo en la que el Grupo Parlamentario Socialista le apoyará y compartirá, con los grupos y agentes sociales que lo deseen, el confluir en este acuerdo ofertado para lograr esta tarea que es de todos.

Me gustaría hablar de algunos otros objetivos ciertamente valientes y delicados que ha planteado, pero tendremos tiempo en este debate permanente que no se acaba hoy, ni mucho menos, de seguir abundando en ello.

Muchas gracias, señor Ministro. Muchos éxitos y mucha suerte. Contará, evidentemente, con el Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Para contestar a los distintos portavoces de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señor Hernández, comprenderá que entre tanto adjetivo descalificativo como usted ha utilizado me sea difícil meter cabeza para poder entablar un diálogo, siquiera sea medianamente sereno, sobre la sanidad. Lo que ocurre es que cuando le he escuchado hoy, y el otro día durante la interpelación en el Pleno, he visto que se le escapa siempre una especie de acto fallido. Dice: No voy a ser catastrofista y no soy catastrofista. Pero a continuación dice: Hemos pasado de bomberos a incendiarios de la sanidad. Pero usted no es catastrofista. Realmente yo sí soy dialogante. Me lo ha dicho mucha gente, usted también ha tenido la amabilidad de decírmelo. Pero quiero que entienda que el diálogo no es sencillamente hacer de frontón. El diálogo es compartir ideas, reflexiones, preocupaciones y, sin duda también, soluciones.

Usted rechaza mi intervención porque dice que he hablado fundamentalmente de filosofía, que he dicho generalidades y que no he hablado de cosas concretas; luego hablaré de filosofía. Cuando usted habla de co-

sas concretas dice que no lo ha hecho. He repasado algunas cosas de las que he hablado y que a usted no le han merecido un solo comentario: separación entre financiación, gestión y previsión de recursos; competencia y mercado, público y privado; oferta de compartir esfuerzos en la implantación de recursos en el sector privado; libre elección —luego se lo comentaré—; programas concretos de información, admisión y gestoría; vinculación de presupuestos a objetivos; creación en hospitales de centros de responsabilidad; determinación de costes por producto; incluir elementos de evaluación; saneamiento financiero; orientación de los servicios sanitarios; definición del Sistema Nacional de Salud; ordenación de las profesiones sanitarias; salud pública y su coordinación entre el Estado y las Comunidades autónomas; Plan integrado de salud; pacto con comunidades autónomas y pacto con corporaciones locales.

Comprendo que a usted le pueden parecer temas baladíes. A mí me parece que sobre ellos sería necesario obtener un cierto nivel de consenso. No quiero decirle con esto que esté pretendiendo, ni mucho menos, establecer acuerdos básicos entre este Ministro y el Partido que usted representa. Pero por lo menos creo que hay que tener la oportunidad de considerar conjuntamente qué cuestiones son las que afectan no sólo al sistema sanitario público español sino a todos los sistemas sanitarios de nuestro entorno. Porque escuchándole hablar de algunos efectos indeseables que produce el sistema, podría parecer que estamos oyendo hablar a la oposición laborista, a un gobierno conservador, sobre el sistema de salud británico.

Por tanto, si nosotros no tenemos el referente de los principios —y vuelvo a ello—, difícilmente nos vamos a entender. Por eso no es tan malo hablar de lo que usted llama filosofía. Hablar de filosofía es hacer lo de los principios más profundos que inspiran un sistema, que usted ha evadido a lo largo de toda su intervención, aunque relativamente. Digo que ha evadido relativamente porque cuando usted ha dicho lo que opina la población ha manifestado que piensa que el sistema no funciona. La población no dice eso. La población sí habla bien del sistema. Habla de otras cosas: de la organización, de la gestión, de los medios, pero sí cree en el sistema y cree profundamente.

Le voy a decir algo que, si usted me lo acepta, estaremos en condiciones de hablar de lo demás que usted ha tratado aquí. El sistema sanitario público no es una expresión. Yo se lo he definido diciendo textualmente que es un sistema sanitario de cobertura universal —podemos estar o no de acuerdo—, financiado públicamente —estaremos o no de acuerdo—, orientado básicamente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad —estaremos o no de acuerdo—, y cuya línea de actuación constante sea la equidad, es decir que todos seamos iguales ante la salud y no haya discriminaciones por razones económicas o geográficas. Luego hemos hablado de otras cosas que me parece que también forman parte de lo que usted llama

filosofía y que me parece que es el modelo más profundo: aseguramiento universal, financiación pública. ¿Estamos de acuerdo o no? ¿Queremos fraccionar el modelo de aseguramiento del sistema sanitario o nos parece bien que se base en un aseguramiento público universal? Le digo que no es ocioso hablar de estos temas. Se lo decía en la interpelación que me hicieron el otro día en el Pleno. Si tenemos que salir de un sitio, tenemos que saber a dónde queremos ir, porque no consiste en salir sin más.

Luego me ha hablado de más cosas. Me permitirá que siga el mismo desorden que usted ha llevado en su intervención, es decir, que no pueda ordenarlas tan concienzudamente como me gustaría. Usted habla de listas de espera, tiempos de espera. Son cosas distintas. Usted debería reflexionar sobre eso, señorita. Una cosa es la lista de espera, que es el conjunto de personas que están esperando a una intervención sanitaria —a alguna más de lo debido— y otra es el tiempo de espera, que es esto último, y es sobre lo que hay que actuar prioritariamente, señor Hernández. Listas de espera las va a tener normalmente siempre el sistema sanitario. Lo malo es que haya personas que se queden permanentemente en ese tiempo de espera, que suelen ser las personas más humildes y más necesitadas. Por tanto, mi actuación principal, la actuación del Departamento va a ir dirigida hacia los tiempos de espera. Le ruego que lo entienda para que no volvamos otra vez a esa especie de combate absolutamente literario entre tiempos o listas de espera. Son dos cosas diferentes.

Habla usted normalmente de la desmotivación de los profesionales y de éstos como si usted fuera un intérprete acreditado de los mismos. Yo he dialogado con ellos, pero desde la responsabilidad, no desde la asunción de todas sus reivindicaciones. He dialogado desde la responsabilidad, que significa tener que decir algunas veces que no. Por tanto, en esta Cámara no tengo que ejercitar de adalid de la reivindicación de ningún grupo profesional. Quiero llegar a acuerdos con los sectores profesionales, con todos, pero en la medida en que sea posible y se me permita, teniendo en cuenta la responsabilidad que tiene siempre un Ministro de Sanidad de toda España y del Sistema Nacional de Salud.

Sobre el acuerdo del que me habla, recientemente firmado, si mal no recuerdo el sábado, he de decirle que lo ha firmado más gente, como el sindicato de enfermería, y ayer los auxiliares de enfermería mandaron un telegrama de adhesión. Sólo no lo ha firmado la CESM. Podríamos decirlo de esta otra forma: no quién lo ha firmado, sino quién no lo ha hecho. Le voy a hablar del acuerdo. Usted me habla de permanecer abiertos los hospitales desde las 8 a las 20 horas como una imposición. Yo le digo que se lea el acuerdo. Porque estoy convencido de que si se lo lee —que me parece que no lo ha hecho— entenderá que no dice eso. Lo que señala desde su origen, porque es la intención con la que se ofrece, es que el sistema sanitario público, todo él, necesita optimizar sus recursos porque, si no, la quiebra se le viene encima. Antes de limitar las prestacio-

nes, señorita, este Ministro procurará ordenar las prestaciones y ordenar el sistema, en la medida de sus posibilidades, para dar mejor y mayor atención sanitaria a toda la población. Si queremos optimizar el rendimiento, tenemos que procurar que los recursos del sistema se optimicen también en su utilización. Y se hace una oferta abierta, una oferta abierta a todo el territorio, una oferta que significa: centro por centro, servicio por servicio van a determinar en qué medida van a mantenerse abiertas esas unidades. Además (fíjese usted, porque estas cosas conviene que se sepan ya que, a lo mejor, se están diciendo muchas cosas que no son realidad), le leo un párrafo: La modificación de las condiciones de trabajo del personal facultativo y su correlativa retribución, en el sentido indicado, se llevará a cabo en la medida en que así se acuerde y establezca en los respectivos centros y servicios, para la oportuna organización de la oferta de servicios a los usuarios. Esta propuesta, por tanto, tienen carácter universal, personal y voluntario. ¿Eso lo sabía S. S.? Eso lo dice el acuerdo. Es que muchas veces conviene conocer los acuerdos para luego hablar sobre hechos.

De todos modos, yo le digo que desde la responsabilidad en la que siempre me sitúo, en la que siempre he estado desde hace muchos años, yo no cierro ninguna puerta —y se lo decía— en las condiciones de diálogo. Se llegará a acuerdos o a desacuerdos, pero yo seguiré hablando, porque esta puerta de negociación, que el sábado tuvo una determinada fase, no está ni mucho menos cerrada. Y en esa fase que ahora se abre vamos a hablar de cosas muy importantes, que a usted también le preocupan y sobre las que espero encontrar algún punto de entendimiento. Por ejemplo, vamos a hablar de la carrera profesional. Pero ya lo anticipo que, cuando hablamos de carrera profesional, no quiero de ninguna manera hablar de un concepto retributivo y, cuando hablo de carrera profesional, no quiero de ninguna manera hablar de la sustitución de una rama o de una línea jerárquica en la organización por otra línea meramente de prestigio, porque siempre van a competir la una con la otra y van a terminar repercutiendo negativamente sobre los ciudadanos. Vamos a ver cómo se desarrolla la carrera profesional en el sistema y, además, con un ejercicio de corresponsabilidad. Y vamos a hablar de ordenación de las profesiones sanitarias pre y post-grado, de todas ellas, que es un tema que también he tratado en mi intervención, pero que tampoco ha merecido su atención. Yo creo que los sindicatos van a tener mesa para rato, y mesa de negociación que no esté exclusivamente ceñida a lo que es la mesa sectorial de todos los años, porque eso es un ejercicio que produce hastío. Hay que negociar todos los años algo así como el convenio anual, pero eso, si no se negocian grandes acuerdos sobre ordenación de las profesiones, no lleva a ningún sitio. Por tanto, entiéndame también cuando le hablo de carrera profesional.

En cuanto a la escasez de especialistas, usted dirá de qué profesionales especialistas hay escasez y compárelas con Europa. Tráigame usted esos documentos y

los discutiremos, pero se encontrará con sorpresas muy curiosas. Ahora, sí le voy a decir una cosa. Es verdad que hasta el año 1986 hubo una disminución en el crecimiento de la oferta de especialistas, que está repercutiendo negativamente; eso se lo reconozco. Pero también le puedo decir que el 1992-93 es un curso en el que, probablemente, saldrá de sexto de medicina en las universidades españolas el mismo número de alumnos que coincide con la oferta anual MIR. Reconocerá S. S., si es que puede o quiere hacerlo, que eso tiene su mérito. Ya tenemos una convocatoria de formación de especialistas equivalente al número de alumnos que terminan la licenciatura; sin perjuicio de que creo que hay que ordenar profesionalmente también la licenciatura y la formación MIR, pero ésa es otra cuestión de la que, si usted quiere, también podemos hablar en cualquier momento.

Si usted ya me dice que la libre elección de médico, que vamos a implantar este año, en atención primaria es una entelequia, difícilmente vamos a poder seguir hablando; hablaremos de la entelequia cuando sea una realidad.

Y me habla usted de la Comisión de expertos. Yo no he hablado de la Comisión de expertos; yo he hablado de la política del Gobierno y de mi política. Los expertos me asesoran y algunas de sus ideas están recogidas en mi intervención, otras, que no me gustan o no nos gustan, no están; las que nos gustan, sí. Pero yo no voy a caer en la trampa de hablar sobre lo que dicen otros, prefiero siempre hablar de lo que digo yo. ¿Y por qué le digo esto? Porque yo, cuando hablo, sé lo que digo y, además, normalmente suelo transmitir bastante correctamente lo que quiero decir. Sin embargo, no sé si les pasa a todos igual. Yo leo, por ejemplo, un periódico del 28 de agosto de 1991: Cinco autonomías arremeten contra el informe Abril. Esas cinco autonomías eran del Partido Popular. Y el mismo día en otro periódico, en el «ABC»: Seis gobiernos autonómicos —ya ni en el número se ponen de acuerdo— a favor del informe Abril. De esa reunión trasciende, por tanto, que se está en contra y se está a favor. Así no puedo hablar del informe, porque no sé con quién voy a hablar ni qué me va a decir. Por tanto, hablo de mis ideas. Es bueno que la Comisión de expertos se entienda como yo la entiendo. Es decir, es una Comisión de expertos que no puede valer para aquellos que quieren que se reforme todo, para aquellos que consideran que todo está mal y que hay que reformarlo todo, y tampoco puede valer para aquellos que consideran que todo está bien y que nada necesita reforma. Nosotros entendemos que las cosas no son tan malas, que hemos avanzado bastante, que se han conseguido algunos logros, por ejemplo, la universalización, de la que S. S. dice que solamente se ha aumentado la cobertura de un 6 ó 7 por ciento. Le tengo que decir que está hablando solamente de dos millones y medio o tres millones de españoles. ¡Fíjese qué poco!

Pero si no entendemos que a lo largo de la historia se ha avanzado, que las conquistas son de la sociedad

y no de ningún partido ni de ningún gobierno, difícilmente vamos a ponernos de acuerdo en lo que yo sigo diciendo que es instrumental, señor Hernández. Los instrumentos son mejorables; lo fundamental, por lo menos a mi modo de ver, es difícilmente renunciable. Por tanto, tendríamos que considerar si estamos de acuerdo en el mantenimiento del Sistema Nacional de Salud —insisto— en los términos que dice la Ley General de Sanidad, y algunas cosas más. Dice usted que se contraen obligaciones sin crédito en la sanidad. En todas partes; quiero decir en todos los sistemas sanitarios de comunidades autónomas y de Estado, lo gobierne quien lo gobierne. ¿Por qué? Porque los presupuestos, por su propia naturaleza, al ser una prestación social, no pueden ser limitativos. Si se acaban los recursos, usted no va a cerrar un hospital. Seguramente no lo cerrará el consejero gallego ni el consejero andaluz ni el consejero catalán. Los hospitales seguirán abiertos y tendrá que hacerse así.

Otra cosa de la que sí podemos hablar es de que, efectivamente hay un porcentaje de deuda acumulado que estamos tratando de negociar con las comunidades autónomas y que yo creo que, en breve plazo, vamos a tener un acuerdo sustancial que permita poner el contador a cero. Y tenemos las bases para ese acuerdo. Lo que ocurre es que —se lo digo a usted y se lo digo a todos los demás— no voy a luchar en absoluto por un acuerdo de saneamiento del sistema si no hay un compromiso de acompañamiento simultáneo de control de gasto. Si hoy obtenemos un acuerdo de sanear los millones que sean de deuda y mañana estamos en el trance de tener que discutir otra vez sobre otro agujero, yo prefiero no seguir esa línea. Por tanto, el acuerdo con comunidades autónomas tiene una parte fundamental que es esa: saneamiento del sistema, control de oferta, control de crecimiento o crecimiento orientado a la satisfacción de las necesidades de la población, que es tanto como hablar de plan integrado de salud como elemento fundamental de orientación del sistema sanitario.

Señor Baltá, yo le agradezco sus palabras y sobre todo le agradezco que se manifieste de acuerdo con la universalización y con los datos fundamentales que caracterizan al sistema sanitario. Yo creo que esto es importante porque nos puede permitir luego saber cómo podemos introducir determinadas mejoras sin vulnerar lo que son principios básicos, que se fundamentan simplemente en que a lo mejor, introduciendo esas mejoras, estamos vulnerando la equidad, y esto es algo con lo que tendremos que tener siempre cuidado. Si una medida puede mejorar el funcionamiento del sistema pero, a cambio de ello, obligamos a personas humildes a que tarden más en acceder al sistema, que no accedan o que tengan que pagar un precio, realmente vamos a tenerlo mucho más complicado desde el punto de vista de justificar esta medida, porque estaremos vulnerando las reglas básicas de funcionamiento del sistema.

El pacto con las comunidades autónomas, al que usted también le ha concedido una gran importancia, es

un acuerdo base para la cooperación. Yo entiendo que lo más importante del modelo de la Ley General de Sanidad es que se configura un sistema nacional de salud, independientemente de quién gestione los recursos. Es decir, que la sanidad en España tiene un modelo homogéneo y coherente sobre todo el territorio. Y eso con independencia de que, al final del proceso —porque ese es el modelo constitucional—, las gestiones de los recursos sanitarios se desarrollen a través de servicios regionales de salud. Pero el sistema tiene que fortalecerse, tiene que tener una determinada coherencia y tiene que tener una serie de líneas fundamentales, que son las que hemos hablado aquí a lo largo de mi intervención, que nunca van a poder desaparecer y que siempre tienen que estar encomendadas a un Ministerio de Sanidad. Por tanto, en ese acuerdo creo que vamos a obtener unas bases de fortalecimiento del sistema.

La Agencia Europea de Evaluación del Medicamento está solicitada formalmente. A nosotros nos parece que, dentro de la política interna, pero también dentro de la política internacional, es un elemento fundamental la separación, como antes decía, de la financiación de los productos farmacéuticos de lo que es el registro. El registro es sencillamente la garantía de circulación de los productos farmacéuticos pero no puede, no debe —porque no pasa en ningún país comunitario— coincidir con la financiación que haga el sistema de esos medicamentos. En definitiva, esa es una realidad en España y en los países comunitarios, porque así lo obligan las directivas de la Comunidad. Tendremos que hacer un registro único y me parece magnífico que ese registro venga a España, concretamente a la ciudad de Barcelona.

Es verdad que los déficit son históricos, pero son debidos no solamente a una gestión determinada o concreta sino, como he dicho en mi intervención, a causas profundas y menos profundas del funcionamiento de los servicios sanitarios. Porque es cierto que hay un envejecimiento de la población y hay un cambio del patrón de morbilidad. Hemos pasado de unas enfermedades infecciosas que tenían curación a unas enfermedades crónicas que no tienen curación en el sistema, pero que demandan cuidados permanentemente. Hemos pasado, por tanto, a una necesidad de aplicar unos medios sanitarios más eficaces para esas enfermedades. Estamos gastando miles y miles de millones de pesetas en diagnosticar enfermedades que luego no se curan. Por ello tenemos que hacer un ejercicio de responsabilidad mirando las causas profundas y las más próximas no solamente para sanear, como decía antes, el sistema sanitario, sino al mismo tiempo impedir que en el futuro se vayan produciendo esos déficit que lo que están ocasionando muchas veces es incapacidad de atender en tiempo real las demandas de la población.

Señora Maestro, estoy absolutamente de acuerdo con su opinión de que el problema central es la financiación. Lo que pasa es que, al hablar de financiación, sitúo el discurso en dos límites. Cuando hablaba de separación entre financiación, compra y previsión de

recursos, decía que la financiación es la función básica que le compete al Estado y que es indelegable, porque es la que determina absolutamente todas las variables del sistema. Luego la utilizaba como instrumento, porque la utilizaba sobre todo para conseguir unos medios. Creo que en eso estamos de acuerdo: la financiación siempre es fundamental pero, al final, siempre es un medio para conseguir unos objetivos que están en el horizonte.

No estoy tan de acuerdo en que el nivel de gasto deflactado sobre el PIB no sea muy superior al de 1982. Ha crecido notablemente y sobre todo en los últimos cinco o seis años. Es verdad lo que dice el profesor Barea de que el aumento de la cobertura sanitaria se ha enfrentado también con un crecimiento simultáneo de los niveles de gasto, lo que no significa en absoluto que la universalización no haya sido cubierta convenientemente con recursos; todo lo contrario. Nosotros hemos crecido en universalización los puntos que sean —no voy a discutirlo ahora—, por lo menos tres millones de personas, pero al mismo tiempo hemos crecido en el gasto por persona en cerca del 30 por ciento en los últimos años; eso ha crecido. ¿Qué es lo que ocurre? Que el sistema sanitario también tiene una tendencia desmesurada al crecimiento, y esa tendencia desmesurada al crecimiento ha afligido no solamente a la realidad de la universalización, sino a todo el sistema en su conjunto. Estamos hablando, como le decía antes, de las causas profundas, de lo que es la crisis económica de todos los modelos sanitarios, el nuestro y el de nuestros vecinos más próximos mirando al norte.

Tampoco estoy muy de acuerdo en que los indicadores estén bajo sospecha. En todo caso, hay algunos indicadores que efectivamente son mejorables, pero los indicadores que se están produciendo por el funcionamiento de los servicios y los indicadores de enfermedades de declaración obligatoria son hoy manifiestamente mejores de lo que lo eran hace unos años. Esto nos lleva a una cosa obvia y que usted también conoce, y es que nuestros indicadores de salud son objetivamente buenos, y no creo que quepa negarlo desde un ejercicio de análisis riguroso. También es verdad que la calidad de vida, que produce un clima determinado y una serie de condiciones medioambientales influye en que los indicadores de salud sean mejores, y es lo cierto que están mejorando notablemente.

Sí he hecho mención a los indicadores, lo que pasa es que como mi intervención ha sido muy larga, lo he hecho al final del todo. Una de las cuestiones de las que hablo en el pacto autonómico es precisamente de encontrar entre las comunidades autónomas y el Estado una serie de indicadores determinadas del sistema sanitario, compatibles en todo territorio. Por ello, en el modelo de acuerdo que establezco a las comunidades autónomas les planteo seleccionar indicadores de salud, de funcionamiento, incluso demográficos, que no serían muchos —10, 12 ó 13 indicadores básicos del sistema sanitario—, que se pudieran obtener a nivel nacional, pero que fueran también coherentes con esos

mismo indicadores en el nivel de cada una de las comunidades autónomas. Esos indicadores, además, serían determinantes del funcionamiento del sistema. Es decir, que también podríamos hablar de indicadores de eficacia.

Es cierto que la siniestralidad laboral es una de las causas que incide en el aumento del gasto sanitario y también es cierto —yo se lo he reconocido— que la siniestralidad laboral en España es alta. Es verdad que se han tomado bastantes medidas de acuerdo para corregir este efecto y usted conoce perfectamente que tanto la directiva marco, que se aprobó durante la Presidencia española en la Comunidad Europea, como las cinco directivas de desarrollo van a ser de inmediata aplicación en nuestro territorio, como lo van a ser en todo el territorio comunitario y creo que van a provocar una mejora sustancial de los niveles de seguridad y higiene en el trabajo.

Otra cosa es la salud de los trabajadores, que efectivamente es competencia del sistema sanitario público, como la salud de todos los ciudadanos, haciendo especial énfasis en lo que dice la Ley General de Sanidad sobre programas de salud laboral, que tendrían que abundar, siempre y cuando lo hiciéramos descentralizadamente, por áreas sanitarias o por comarcas, en lo que podríamos llamar la epidemiología sociolaboral, que es algo que se puede producir simplemente por tanteo, muestreo o conocimiento profundo de las enfermedades fundamentales con las que comparecen, en el sistema sanitario, una serie de personas que coinciden en un mismo sector de actividad. Verdaderamente, no sólo consiste en dar la respuesta asistencial sino, al final, la respuesta preventiva, que son objetivos que se incorporan en las estrategias de salud con el Ministerio de Trabajo, de las que antes le hablaba, y que se incorporarán también en lo que será el plan integrado de salud.

El plan integrado de salud —no se si lo planteaba usted u Otra de SS. SS.— tengo que decir que nunca va a poder estar antes de que las 17 comunidades autónomas terminen de redactar y formalizar sus planes. ¿Por qué? Porque la Ley General de Sanidad determina que el plan integrado de salud es la acumulación de los 17 planes de las diferentes comunidades autónomas. Sí es verdad que nosotros vamos a anticipar este debate sobre el plan integrado de salud, a través de lo que he llamado estrategias de salud que sean orientadoras, con carácter general en todo el territorio de políticas intersectoriales y que determinen, al final, aquellos indicadores que pueden servir también para orientación del sistema sanitario. A la postre, ese va a ser el plan integrado de salud.

Habla usted de la RU-486. Nadie ha pedido su inscripción en el registro. No le digo más. Esto es así; esto es un hecho cierto. Habla también, a propósito de la interrupción voluntaria del embarazo, de conciertos, servicios públicos y servicios privados. Me va a permitir que eleve a generalidad la reflexión, porque no parece que sea este un caso concreto. Podemos hablar de otros

muchos, incluso de unas cataratas, de unas varices o de atención de cuestiones sanitarias, que está produciéndose entorpecimiento en su atención inmediata por el sistema público de salud.

De lo que hablo es de otra cosa. Digo que el sistema público está penado, por así decirlo —y se asume racionalmente— por una serie de costes a los que no puede ni debe renunciar, porque son factores de equidad y a los que el Estado no debe renunciar, que son los que ha dicho el señor Revilla, es decir, la formación, la investigación, la docencia, las plazas vinculadas y la formación MIR. Son cuestiones que indiscutiblemente se incorporan al sistema público y a las que el sistema público no debe renunciar. Junto con eso hay una serie de niveles de investigación y de usos tecnológicos elevados —no selectivos muchas veces—, que también determinan unos incrementos bastante elevados de costes. Esto nos lleva a la conclusión de que hay determinadas atenciones sanitarias que resulta muy caro hacerlas con esos recursos y que saldría mucho más baratas en un proceso amplio de diálogo con el sector privado y de concertación.

Creo que esto es algo que se entiende perfectamente. Es decir, si nosotros queremos ordenar los recursos, yo diría que hay dos piezas básicas —y hablo de algo que usted ha citado— en esa ordenación de recursos. La primera es lo que yo llamaría la eliminación de las transferencias negativas que recibe el sistema sanitario, que es nada más y nada menos que decir que el sistema sanitario tiene que hacer una magnífica atención sanitaria, cada vez mejor, pero no tiene por qué hacer otras prestaciones sociales que no están dentro de su ámbito de actuación, que pueden hacerlo mucho mejor ayuntamientos, diputaciones, comunidades autónomas o incluso otras áreas del Estado. Tenemos un caso paradigmático, que es la atención de ancianos. A la atención de ancianos que hoy día se está produciendo en el sistema sanitario público, muchas veces en hospitales de tercer nivel, se está incorporando un costo que yo calculo en cerca de 150 ó 200.000 millones al año. Es decir, un costo muy elevado que, sin embargo, derivándolo a otras instancias, como serían los servicios sociales —que, como usted conoce, hay un plan para desarrollarlo— sería mucho más barato. Es decir, no sería un efecto sustitución; sería un efecto de disminución notable de costes. Los 200.000 millones se podrían convertir en 40 ó 50.000 millones, con lo cual se generarían unos excedentes que, como todo lo sanitario, se reinvertirían en sanidad, porque aquí no hay plusvalías. Aquí todos los excedentes se reinvierten en sanidad. Y eso ocurre exactamente igual con lo que yo llamo atenciones banales o menores, cuidados mínimos o cirugía fría, que bien por los ambulatorios propios o bien por medios concertados, se pueden resolver de una manera más eficiente y con menor gasto.

Le agradezco que aclarara que era Iván Illich; no eran el Padre Diamán ni San Martín de Porres; era Iván Illich, que también creo que tiene origen religioso, pero no es exactamente lo mismo.

En cuanto a la participación, estoy completamente de acuerdo con usted, señora Maestro; hay que incrementar el nivel de participación y no solamente del voluntariado. Hay que hacerlo, fundamentalmente, yo diría que por áreas. El voluntariado es importantísimo de todos modos, no me lo desprecie. El voluntariado es más importante de lo que nos creemos porque el voluntariado es esa forma de provisión informal de recursos que hace compatible un proceso de liberación de la mujer, un proceso de incorporación permanente a las responsabilidades profesionales, con unas fórmulas de cohesión social que no sean estrictamente esa provisión informal que se ha producido históricamente a través de la mujer. Creo que esto debemos tenerlo presente, aparte de que el voluntariado es esto, es San Martín de Porres, es sencillamente donar órganos o donar sangre, que tampoco es algo baladí. Creo que minimizar la función del voluntariado o la solidaridad es peligrosísimo.

Reorganizar el sistema sanitario. Dice no: encuentro un elemento, que es la integralidad en el abordaje de la atención a la salud. No es verdad eso y podemos estar discutiéndolo años y años, horas y horas. Señora Maestro, el problema está en que el cambio de necesidades demandadas por la población ha hecho muchas veces insuficientes unos recursos que se han multiplicado sobre los que anteriormente existían, no es que los recursos sean insuficientes originariamente, ni que el modelo en su concepción sea inútil, sino que sencillamente han cambiado las demandas de la población. Esto es muy importante porque nos permitirá muchas veces no hacer despotismo ilustrado. Yo le tengo que decir que en el modelo de atención primaria, creo ciegamente.

Le voy a decir algo importantísimo. Si hemos cambiado el patrón de morbilidad de la sociedad española, si hemos combatido y además creo que hemos combatido eficientemente, injusticias históricas en la producción de enfermedades ligadas al subdesarrollo, ha sido gracias al modelo de atención primaria; este es un hecho cierto. Hoy, los niños españoles están vacunados, y eso tampoco le corresponde a ningún Gobierno, no le corresponde a nadie, pero la tasa de vacunación ha aumentado sustancialmente, hasta el punto de algún ejemplo que yo pongo de la realidad que conozco más profundamente: En 1982 había treinta puntos de vacunación en Andalucía; hoy hay mil puntos de vacunación. Esta es una realidad histórica que tendremos que reconocer. No solamente hemos aumentado la cobertura de las vacunaciones, hemos hecho campañas, porque la vacunación no consiste solamente en esperar la persona al recurso, sino en llevar el recurso a la persona y eso se ha hecho y muy eficientemente. Por tanto creo profundamente en el modelo de atención primaria.

Es un hecho que quedan zoonosis. Me parece lacerante que este país tenga todavía enfermedades como la brucelosis, y me parece lacerante que haya todavía enfermedades que tenemos que erradicar definitiva-

mente. Bien es verdad que han disminuido notable y espectacularmente, pero convengamos en que todavía no está, ni mucho menos, periclitado un modelo que se basa en la concepción integral de la salud, en la promoción de la salud y en la atención de los ciudadanos; en devolver, además, a los ciudadanos, ese concepto de salud como algo propio. Lo que ocurre es que yo tampoco esto convencido de que el modelo pueda ser un modelo fácilmente trasladable a todos los sitios uniformemente, el modelo hay que adaptarlo. Le voy a poner un ejemplo. Un programa de salud pública en el medio rural es un programa muy interiorizado con lo que son las enfermedades tradicionales todavía de la población, y es verdad que va evolucionando, pero el medio rural todavía tiene un modelo sobre el que se pueden integrar determinados programas de promoción de la salud, que son los clásicos, que constituyen lo que llamaríamos el menú del modelo de atención primaria y, sin embargo, esto mismo trasladado a la realidad de una gran urbe, de un centro metropolitano, nos hará darnos cuenta de que los programas de promoción o de salud pública tienen que tener un contenido mucho más amplio, porque estamos hablando, a lo mejor, de programas de lucha contra la contaminación, de vertidos industriales, de problemas de ruidos, de problemas generales, que requieren a lo mejor otro tipo de actuación que no sea exactamente la misma. Por tanto tendríamos que variar esto. Creo también que una gran ciudad permite algo muy importante, que es la libre elección del médico de familia, cosa que es mucho más complicada en el medio rural.

Estoy completamente de acuerdo con lo que usted decía casi al final de su intervención. Cuando hablamos de atención primaria y asistencia especializada, no estamos hablando más que de conceptos metodológicos de las mismas realidades o de las partes de una misma realidad, que es la atención de la salud. Es verdad que cuando lo metodológico se convierte en disciplina autónoma o en modo de actuar autónomamente, se producen ciertas disfunciones, como se dice en lenguaje técnico. Creo que es verdad que la atención primaria y la asistencia especializada en un área sanitaria tiene que coincidir con los mismos objetivos. Le pongo un ejemplo. No tiene sentido hablar de promoción de la salud como una cosa exclusivamente de atención primaria, cuando hay programas especializados, muy especializados (usted hablaba del cáncer de mama y de su prevención), que son absolutamente de especialidad. Por tanto la propia atención especializada tiene también un componente fuerte, fortísimo de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad. Creo que la contemplación unitaria de la salud exige también lo que fue metodológicamente importante —y en esto estoy convencido que usted conviene conmigo— en un momento histórico en nuestro país: hacer una estrategia de atención primaria. Le decía lo de Némesis, porque era verdad; hoy día yo creo que ya no hay tantas razones para mantener muchas veces esa dualidad en la metodología.

El gasto farmacéutico es verdad que se puede contener y se va a contener. Respecto al gasto farmacéutico tenemos un objetivo de futuro, no muy lejano, de mantenerlo con un crecimiento en torno al 10 por ciento anual, lo cual no es poco teniendo en cuenta que en un mercado interior único los medicamentos circulan libremente y nuestros costes de medicamentos todavía son más bajos que el promedio comunitario. También es verdad que la prestación farmacéutica española es, con diferencia, más universalizada en el sentido de no discriminación, y hay que introducir algunos elementos de selección.

Le agradezco enormemente que no defienda usted como hace mi Gobierno, y mi Grupo político, que no defendemos jamás los intereses de los profesionales por encima de la población, sin perjuicio de que entendamos que es importantísimo, que los profesionales trabajen en un marco agradable para poder desempeñar sus profesiones.

En cuanto al señor Revilla estoy prácticamente de acuerdo en casi todo lo que ha dicho; por ello, me va a permitir que haga alguna especificación en lo que pueden ser discrepancias, no sustanciales, aunque podrían ser constitutivas de un debate.

La voluntad de cambiar en profundidad es peligrosa, lo digo como antesala de todo lo que quiero decirle, porque cambiar en profundidad, ¿qué exactamente? Yo creo que lo grande, lo bueno, lo importante ahora mismo es la no necesidad de un cambio en profundidad. Son necesarios cambios de orientación, cambios de ordenación, pero creo que cambio en profundidad en el sentido de que tenemos una cobertura universalizada, o como le decía antes, las grandes bases del Sistema Nacional de Salud creo que prácticamente es de consenso en la sociedad; no se si habrá alguna excepción, pero desde luego es un consenso en política también.

Estaba convencido de que usted también está por la defensa del Sistema Nacional de Salud en el concepto que yo le he dicho. Cuando yo hablaba del Sistema Nacional de Salud no hablaba como advertencia, hablaba como compromiso. Usted entenderá la diferencia. Yo no advierto nada, no voy a advertir, ¡pobre de mí!, ¿Qué voy a advertir yo? Simplemente digo que el Sistema Nacional de Salud está en una Ley, desarrolla la Constitución, es una conquista de la sociedad española y a ver quién se lo quita. Por tanto, no hago más que manifestar mi compromiso con el Sistema Nacional de Salud.

Usted dice que en algún programa electoral lo planteaba. Podíamos hablarlo. A mí me rechina un poco lo de asistencia sanitaria gratuita hasta un determinado nivel de renta. Usted lo ha manifestado después, con una frase, a mi juicio brillante, diciendo que una sanidad para pobres es una sanidad pobre. Es verdad; por tanto, esto de poner precios habría que pensar, primero, en algo que es más importante: vamos a ordenar las prestaciones, vamos a definir el sistema y, luego, vamos a hablar de todo lo demás. Yo creo que hay una labor previa muy importante.

Que los centros sean empresas públicas sometidas al Derecho privado es una discusión inagotable. Yo le voy a decir otra cosa y creo que me va a entender. El Derecho Administrativo es más flexible de lo que nos creemos; yo le diría que aplicar el Derecho Administrativo por el que se rigen las Administraciones públicas en la misión fundamental que tuvo históricamente el Estado, que usted sabe era representar embajadores, acuñar moneda, defender el orden interno y externo. Ese Derecho Administrativo, que se basaba en un principio de legalidad y que se basa en muchos elementos claves que están en la ordenación administrativa, es un derecho difícilmente compatible con la actividad de prestación de servicios que, como usted bien sabe, es una actividad que nace con el Estado de bienestar para corregir desigualdades sociales, que no estaba en los orígenes de ese Estado liberal y que, sin embargo, hoy día, esa traslación nimética del Derecho Administrativo básico originario a la gestión de los recursos de prestación de servicios, obtiene dificultades. Obtiene dificultades que, en todo caso, podríamos reflexionar de una doble manera: primero, si dijéramos que vamos a evitar el Derecho Administrativo y vamos a ponerle como una sociedad sometida al Derecho privado, podríamos estar encontrando una solución, pero también estaríamos privando de algo que yo creo que todavía no está suficientemente contrastado, y es que el Derecho Administrativo no se pueda utilizar también de una manera más flexible. Además, me dan miedo las fugas desmesuradas o abundantes de lo que es el control superior de la legalidad en la gestión de los recursos públicos. Por tanto, diríamos otra cosa; el Derecho Administrativo aplicado directamente a la Sanidad, en su versión que, como yo le decía, nace en el Estado liberal; es un Derecho Administrativo con muchos problemas y, además, es un Derecho Administrativo que, aplicado niméticamente daría lugar a hipocresías, como decir que vamos a aplicar la fiscalización previa a la gestión de los recursos sanitarios cuando resulta que la determinación del gasto la tiene un agente que no tiene ninguna fiscalización previa, ni control del gasto, ni capacidad de contraer el gasto previamente. Me estoy refiriendo al caso de un facultativo que determina el gasto sanitario y, cuando va a hacer una receta o una prescripción facultativa, o va a hacer un diagnóstico, no pregunta si tiene créditos, ni hace tampoco una fiscalización previa el Interventor. Estamos de acuerdo, es decir, no parece lógico que introduzcamos ese Derecho Administrativo «stricto sensu» a la gestión de los recursos de prestación de servicios; pero el Derecho Administrativo en su concepto histórico en el control de la Administración sí es bueno.

Lo que yo diría es: vamos a buscar unas fórmulas; en vez de fiscalización previa un sistema de auditación, un sistema en el que no falte el expediente administrativo o contracción del gasto permanentemente, es decir, unas fórmulas que yo creo pueden ser extrañas en su origen al Derecho Administrativo pero que se han aplicado en algunas ocasiones con cierta efectividad

también y con acuerdo del Tribunal de Cuentas. Por eso, yo creo que ese también es un elemento de reflexión en el que sin embargo sí estoy dispuesto a entender que quizá la sumisión al derecho privado sea más eficaz inicialmente.

Es verdad que hay que relacionar también el gasto «per capita» con la renta «per capita», y es verdad que en la financiación y consenso para reforzar el sistema nacional con las comunidades autónomas nos exige que esa financiación, esa refinanciación y ese acuerdo sobre lo que es la financiación del sistema sanitario, vaya acompañada también (esto es importantísimo) de una especie de acuerdo de acompañamiento sobre control del gasto; pero desde ahora yo le digo que, en ningún caso, como no podía ser de otra manera, vamos a desalojar de esta Cámara este debate, sino que yo ya lo he alojado aquí y ya he dicho en qué va a consistir el debate: el acuerdo con las comunidades autónomas. Ese acuerdo con las comunidades autónomas lo vamos a ver aquí y lo vamos a ver con las comunidades autónomas. Ya le había dicho los puntos fundamentales, que eran básicamente salud pública, orientación del sistema, ordenación de los recursos y redes de alerta, información y variables compatibles entre todo el sistema. Creo que todo va a tener una serie de comisiones de trabajo que van a fortalecer el sistema y que los vamos a ver también en esta Cámara.

En relación con separación, financiación y provisión (yo diría separación, financiación, compra y provisión), competencia pública o competencia mixta, manifiesta usted que no va a decir ahora si es partidario de una u otra, pero que el modelo final nos va a hablar de una competencia mixta; no esté tan seguro. No estoy tan seguro como tampoco estoy tan seguro de esta competencia por productos a la que usted se refiere y que me gustaría muchísimo me explicara por qué la competencia por productos se basa en un coste, en el coste por producto, y el coste puede estar afligido por unos o por otros costes variables.

Voy a decirle algo que sí me parece importante, y lo digo porque lo creo así. Una sociedad es avanzada cuando invierte excedentes en investigación, en docencia y en asistencia sanitaria. No tengo nada en contra, no solamente no tengo nada en contra sino que eso creo es síntoma de la madurez de una sociedad. Hay sociedades muy avanzadas que están invirtiendo en investigación e investigación básica a través de mecanismos privados y en cantidades importantísimas. El problema es siempre garantizar la equidad, pero desde luego yo estoy muy abierto a que en España puedan nacer fundaciones o sociedades privadas que también hagan funciones de investigación, de docencia, de formación de personal, y, además, estaré muy contento de que sea así porque le digo que igual que no soy sólo Ministro del Insalud sino de España, soy también Ministro del sector público y Ministro del sector privado, y por tanto tengo interés en que eso sea así. La riqueza del Sistema Nacional de Salud, es que haya docencia e investigación, ciertamente; pero también hay un coste.

También hay un coste y un coste muy caro de soportar, pero que hay que financiar indudablemente.

Señor Mardones, estoy de acuerdo con esa especie de trilogía que usted me dice, que además es verdad, hay que determinar cuánto cuesta el sistema, quién lo paga y cómo se gasta. Yo creo que, dicho de forma muy coloquial, ésas son las variables fundamentales que tendremos que analizar. Una lleva a la otra, porque, ¿cuánto cuesta el sistema? Yo le diré que el sistema cuesta lo que quieran los ciudadanos dar al sistema, es decir, lo que estén dispuestos los ciudadanos a pagar; ni una peseta más, no puede costar más. Por tanto, en un sistema democrático, la financiación se deriva de una voluntad expresada por la población de atribuir o asignar recursos a una u otra política y no más que esto. ¿Quién lo paga? Ya lo he dicho: todos los ciudadanos. Y el cómo se gasta es importante. Se gasta eficientemente. Pero fíjese usted, yo ponía las medidas de gestión en tercer término, después de las medidas de organización y de las medidas de ordenación. ¿Por qué? Porque, como usted dice muy bien, hoy día hay una especie de expansión incontrolada del gasto sanitario en todo el mundo.

El otro día, hace ya tiempo, estaba leyendo, y me parece que la tomé, una nota del «Newsweek», no, era de «The Economist». Fíjese usted, en Alemania, donde la provisión de recursos es fundamentalmente privada — era otro modelo —, se dice: República Federal Alemana (entonces, esto es de 1988 y, por tanto hablaba de la República Federal), despilfarro. Muchas pruebas innecesarias que, a menudo, se repiten cuando un paciente ingresa en un hospital. Demasiadas máquinas, debido en parte a la influencia de las grandes empresas farmacéuticas, los costes son los más altos de Europa. Esto se está predicando de una sanidad como la alemana, y es verdad. Por eso vamos a ser suficientemente responsables como para decir que los males de crecimiento del gasto, de desorden del gasto o incluso de la no correspondencia entre ese crecimiento del gasto y la mejora de los niveles de salud que está experimentando la sanidad en España, es algo que tiene raíces muy profundas.

Vamos a analizar las raíces muy profundas porque muchas veces simplemente quedándonos en los árboles, no solamente no vemos el bosque, sino que talamos los árboles, y, cuando se talan los árboles, nos quedamos sin el bosque. El problema es darse cuenta de que si el dinero que estamos invirtiendo no repercute positivamente en esa mejora de la salud, el responsable político de la sanidad sea de un gobierno conservador, de un gobierno socialista, o de un gobierno de centro, siempre va a tener problemas porque compite con otras políticas que pueden tener una mayor rentabilidad social. De ahí la necesidad de que para acreditar más recursos en el sistema sanitario, tengamos que organizarlos bien, ordenarlos eficientemente y gestionarlos convenientemente.

Hablaba usted de mantener el porcentaje de cuotas. Sí es verdad, eso también es cierto que lo decía el informe de la comisión de expertos, que puede permitir

esa especie de conciencia de costes. No estoy yo tan seguro, sin embargo, de que esa conciencia de costes sea absoluta o que pueda producirse incluso una desconcienciación del coste porque está deduciendo menos cantidad de la que cuesta. Tenga usted en cuenta que como el setenta y tantos por ciento ya está financiado con cargo al sistema impositivo general, el descuento puede dar una imagen falsa de lo que es el coste de la sanidad. Sí es cierto que, de alguna manera, hay que introducir elementos de concienciación del gasto, en esto estoy de acuerdo. Ahora mismo no tengo las ideas claras, y lo confieso porque también un Ministro puede no tener las ideas claras en este tema, pero sí me gustaría reflexionar con S.S. sobre estos elementos que pudiéramos introducir para concienciar a la ciudadanía de cuál es el coste.

Decía su señoría: tenemos menos gente activa y más gente pasiva. Sí lo segundo, pero no lo primero. Es verdad que tenemos más gente pasiva, pero no tenemos menos gente activa; afortunadamente ha crecido la tasa de actividad en España y la población ocupada sustancialmente en los últimos años. Por tanto, tenemos más millones de personas que pagan impuestos o que se incorporan a las cotizaciones sociales. No obstante, esto no evita que su reflexión sea enteramente válida. No hay ninguna duda de que ahora mismo la frecuentación del sistema sanitario se ha multiplicado porque hay más gente pasiva y, por tanto, hay una permanencia en jubilación de esas personas y, además, la pervivencia de enfermedades, antes incurables durante más años, supone un logro en la sanidad y está presionando fuertemente sobre el sistema sanitario.

Me hablaba de costes, de política de conciertos, de si podía ser complementaria o suplementaria. Ahora mismo yo entiendo la política de conciertos como complemento de las prestaciones sanitarias que da el sistema. No tengo ningún reparo en que pueda ser suplementaria. Usted hacía referencia, por ejemplo, a hospitales de cabildos, hospitales de diputaciones que se integraran en servicios regionales de salud y que también podrían permitir la asignación de una zona o de un área determinada. No hay ningún problema para que esto sea así. La política de conciertos también puede rebasar el margen de lo complementario y llegar también a lo integral o suplementario.

Respecto al análisis de costes usted ha puesto un ejemplo que me permite hacer una reflexión. Ha hablado de las 400 pesetas famosas. Esto es una transferencia negativa que tiene el sistema sanitario; cuatrocientas son pocas, pero para el sistema sanitario son muchas, porque el sistema sanitario no tendría que hacerse cargo de esa prestación. Entiéndamelo, en-

tiéndamelo en los términos en que lo digo. La prestación de asistencia social es una prestación antigua de la Seguridad Social que se integró en las diferentes prestaciones cuando se suprimió como tal prestación, todavía se mantienen determinados componentes del gasto sanitario que no son estrictamente gastos sanitarios, y yo creo que en el análisis de ordenación del sistema o de definición del mismo tendríamos que aclarar estos conceptos.

Agradezco muchísimo sus palabras a la señora García Manzanares. Estoy de acuerdo con el mensaje fundamental que usted decía, como no podía ser menos. Le agradezco que usted exprese su apoyo a esta política en nombre del Grupo Socialista. Es verdad que hay que mejorar la calidad y adecuar las estructuras, todos lo sabemos. Me pide fuerza, coraje y perseverancia. Sabe S. S. que tengo las tres condiciones, y las tengo básicamente porque me siento muy apoyado por el grupo al que usted pertenece que es, no por sorteo, el grupo mayoritario de esta Cámara

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

En principio, teníamos pensado haber abierto un segundo turno de intervenciones, pero es muy tarde, y parece ser que los portavoces no están por el tema. En consecuencia, no abriríamos un segundo turno. (El señor **Hernández Mollar pide la palabra**.)

El señor **PRESIDENTE**: ¿Para qué pide la palabra S. S.?

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: Señor Presidente, este portavoz sí está por el tema, aunque no sé si el resto de los portavoces...

Además, creo que ha habido algunas alusiones incluso personales del señor Ministro que merecerían mi contestación; alusiones no sólo personales sino que considero que ha habido contradicciones respecto a mi planteamiento.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dejar el tema como está, señor Hernández Mollar. Ha habido suficiente flexibilidad en las primeras intervenciones para que todos los portavoces hayan podido expresar sus puntos de vista.

El señor **HERNANDEZ MOLLAR**: ¡Señor Presidente!

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

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

Imprime RIVADENÉYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961