



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

IV Legislatura

Núm. 611

POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO

PRESIDENTE: DON ANGEL DIAZ SOL

Sesión núm. 66

celebrada el martes, 23 de febrero de 1993

Página

ORDEN DEL DIA:

- Comparecencia del señor Director General del Instituto Nacional de Salud, INSALUD (Conde Olasagasti), para informar sobre las irregularidades presupuestarias en atención primaria de salud, en relación con las consignaciones destinadas a construcción de Centros de Salud. A solicitud del Grupo Parlamentario IU-IC (número de expediente 212/002238) 18360
 - Comparecencia del señor Presidente del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Mendioroz Echeverría), para que explique las causas que han originado por parte del Cabildo Insular de Tenerife la denuncia del Convenio suscrito el 6 de octubre de 1992 entre dicha Corporación y el citado Organismo. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular (número de expediente 212/001790) 18367
- Preguntas:
- De la señora Maestro Martín (Grupo Parlamentario IU-IC), sobre cálculo del coste real de los servicios sanitarios (BOCG, serie D, número 351. Número de expediente 181/002142) 18374
 - De la misma señora Diputada, sobre dotación de material a los centros de salud construidos en el barrio de El Bercial y en la colonia Juan de la Cierva de Getafe (Madrid) (BOCG, serie D, número 354. Número de expediente 181/002155) 18377

- **Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (Griñán Martínez), para dar cuenta del Real Decreto por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, aprobado en Consejo de Ministros de 22 de enero de 1993. A solicitud de los Grupos Parlamentarios IU-IC y CDS (número de expediente 214/000095) 18379**

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

- **COMPARECENCIA: DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), PARA INFORMAR SOBRE LAS IRREGULARIDADES PRESUPUESTARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN RELACIÓN CON LAS CONSIGNACIONES DESTINADAS A CONSTRUCCIÓN DE CENTROS DE SALUD. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA (número de expediente 212/00002238).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, vamos a iniciar la sesión.

Primer punto del orden del día: celebración de comparecencias. En primer lugar, la comparecencia del Director General del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), para informar sobre las irregularidades presupuestarias en atención primaria de salud en relación con las consignaciones destinadas a construcción de centros de salud, comparecencia que ha sido solicitada por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

Se encuentra con nosotros el Director General del Insalud, señor Conde Olasagasti, al que damos la bienvenida a la Comisión, al tiempo que le concedemos la palabra para que inicie su comparecencia.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Conde Olasagasti): Señor Presidente, deseo agradecer la oportunidad que se nos da para explicar cómo estamos desarrollando el plan de implantación de la reforma de atención primaria en uno de sus pilares fundamentales, que es la construcción de nuevos centros de salud.

Dados los términos en que está formulada la pregunta, no acierto a entender exactamente a qué se refiere con la denominación de irregularidades presupuestarias, pero, en todo caso, lo que haré será dar una información de carácter general que explique cuál es la situación y que pueda a su vez aclarar el origen de esa pregunta.

Como saben, es un objetivo del Gobierno extender progresivamente el nuevo modelo de atención primaria, lo que se ha dado en llamar la reforma de la atención primaria, y para ello se establecen acuerdos con las comunidades autónomas de cara a la construcción de nuevos centros de salud, y no sólo con comunidades autóno-

mas, sino con corporaciones locales, para su construcción en unos casos por nuestra parte y en otros casos por parte de la comunidad autónoma.

De acuerdo con ese objetivo, lo realizado a lo largo del año 1992, en términos económicos, soporta la idea de que estamos caminando con decisión por ese camino. El presupuesto inicial que figuraba en el anexo de inversiones para nuevos centros de salud era de 10.630 millones de pesetas. Este presupuesto no sólo se ha ejecutado en su totalidad sino que, en un intento de acelerar el máximo posible esa reforma, se han producido modificaciones presupuestarias, con los oportunos acuerdos o autorizaciones legales, de tal manera que por modificaciones diversas hemos ejecutado un presupuesto de 12.889 millones de pesetas en centros de salud de nueva construcción. Eso es lo que se refiere a los términos económicos de ejecución del presupuesto.

Por lo que se refiere numéricamente a las obras, en el año 1992 estaba previsto iniciar 32 nuevos centros de salud y se han iniciado 30 -después explicaré en qué condiciones- y se han continuado o se han terminado centros iniciados antes de 1992, de tal manera que constituyen otros 66 más. De modo que a lo largo del año 1992 se ha trabajado exactamente sobre 96 nuevos centros de salud.

Es importante señalar, antes de explicar las modificaciones que ha habido sobre el anexo de inversiones inicial, que la relación de centros nuevos a iniciar que se aporta como anexo al articulado de la Ley General de Presupuestos se establece con carácter de previsión inicial. Por supuesto, como pueden imaginar, la previsión de construcción de centros tiene un horizonte que va más allá de un año, como mínimo a un plazo trianual. Por ejemplo, en este momento, para esos tres años tenemos una cartera de anteproyectos que alcanza un número no inferior a 120 centros.

A la hora de construir el anexo de inversiones, se priorizan entre esos 120 los 32 que figuraban, con arreglo a una serie de criterios, entre los que hay que incluir el acuerdo de la comunidad autónoma correspondiente, la prioridad de carácter asistencial y no sólo eso, sino la factibilidad desde el punto de vista asistencial de ponerlo en marcha, la posibilidad técnica, es decir, la existencia de una cesión de solar y, naturalmente, la adecuación económica. Dicha priorización, cuando se construye el anexo de inversiones se establece con una antelación no inferior a los seis o doce meses a la realización práctica de la obra, por lo que es prudente disponer de un número al menos equivalente de proyectos en reserva de entre esa cartera plurianual, a fin de poder cumplir con las previ-

siones de desarrollo e implantación del nuevo modelo de atención primaria, ya que, como pueden imaginar, existen multitud de imponderables que a veces imposibilitan la construcción de un centro concreto en la fecha prevista y no sería lógico dejar de desarrollar la reforma porque ese centro no se pueda construir cuando hay otro centro que en el nivel de prioridades está en una proximidad tal que hace aconsejable iniciarlo.

Así, eso ha dado lugar a que, con relación al anexo de inversiones de 1992, de los 32 centros nuevos previstos para ese año, 13 inicien la construcción en ese año, otros 13 inicien el trámite administrativo en ese año, pero se trasladan en su realización al ejercicio económico y presupuesto de 1993, y 6 definitivamente se han pospuesto, por razones que ahora explicaré.

Alternativamente a estos 13 cuya construcción no se inicia en el año 1992, incluimos 17 que sí se inician en sustitución de aquellos otros, y ello en razón a ese principio de horizonte plurianual que debemos tratar de cumplir en todo caso. Así, los seis que se han pospuesto se debe a las siguientes razones. En tres casos —dos de ellos corresponden a Madrid y uno a Baleares— se han planteado diferentes problemas con relación a la cesión del solar que en la práctica han imposibilitado su construcción. Es decir, existiendo en principio un acuerdo de cesión, cuando se ha llegado a ejecutar ha sucedido —como, por ejemplo, en el caso de Ponent, en Baleares— que existe una revisión del plan de ordenación urbana que no permite en ese momento, hasta que no esté ultimado dicho plan, acometer la obra en cuestión.

En dos casos, que son Cieza y Abarán, en la Comunidad Autónoma de Murcia, la propia comunidad autónoma con la que se establecen periódicamente los acuerdos de coordinación y de cooperación nos pidió sustituir esos dos centros por otros dos diferentes, por razones de prioridad asistencial. En el caso de Cieza se ha considerado que bastaba la remodelación del existente en lugar de construir uno nuevo, y parecía más razonable destinar esos recursos a la construcción de otro diferente.

Por último, Liérganes, en Cantabria, que estaba inicialmente previsto en el anexo de inversiones, es sustituido por Dobra, en Torrelavega, por una razón bastante aparente, y es que en ese momento se nos hace una oferta de un solar que permite la construcción de un centro de salud que va a dar cobertura a mayor volumen de población que el de Liérganes.

Así pues, por esto se han pospuesto seis centros y de los 17 centros que inicialmente no estaban incluidos en el anexo de inversiones y, sin embargo, sí se inicia su construcción en 1992, en dos casos, en la Comunidad de Murcia, como ya he mencionado, se sustituyen por indicación de la propia comunidad autónoma: Alama y Espinardo sustituyen a Abarán y Cieza; en el caso de Madrid aparecen tres centros sustituyendo a dos que no hemos construido por razones de solar, y el caso de Cantabria que ya he mencionado. Además de esos seis, hay otros 11 centros más que se construyen, que debo insistir en aclarar que formaban parte de la cartera prevista de construcción en un horizonte de dos o tres años y que parecía

oportuno abordar con prioridad inmediata, a fin de no perder el crédito que no podíamos gastar en un centro concreto por imposibilidades físicas de realización.

Esto es cuanto tengo que comentar con relación a la ejecución presupuestaria de la construcción de nuevos centros de salud en el ámbito de nuestra competencia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo proponente, tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Agradezco sinceramente al señor Conde su comparecencia en esta Comisión y, como es evidente, la solicitud de comparecencia se produce en el ejercicio de una de las competencias del Congreso de los Diputados, como es el control del Ejecutivo y, en este caso, el control del desarrollo presupuestario.

No se oculta, creo, a ninguna de las señorías que están aquí presentes la gran preocupación que yo creo que asiste a casi todos los Grupos por las dificultades reales que existen en la práctica para ejercer esa competencia de control del Ejecutivo, en concreto en materia presupuestaria. Es decir, las posibilidades legales de cambio de partidas presupuestarias, de cambio en la ejecución de previsiones que se realizaban en un sentido hacia otro, realmente ha hecho comentar a muchos Grupos Parlamentarios que el documento de presupuestos que se aprueba en el Congreso de los Diputados tiene lejana relación con la realidad en la inmensa mayoría de los casos, con lo cual estamos haciendo un ejercicio en muchas ocasiones más académico que realmente un ejercicio de control político.

En la preparación del debate de Presupuestos me llamó la atención que los centros de salud que el Ministerio preveía construir o continuar su construcción en el año 1993 era una cantidad semejante, pero no se parecía en concreto a los centros de salud que habían iniciado sus obras en años anteriores u otros que, como ha dicho el señor Conde, se preveían iniciar en el año 1992 y que ahora pasará a relacionar; es decir, centros que inician sus obras en años anteriores, que no se han finalizado, que requerían de dotaciones presupuestarias para su finalización en el año 1993 y que, sorprendentemente, no aparecen. Recordará el señor Conde que cuando solicité su comparecencia en relación con el debate presupuestario le pregunté si la sorpresa agradable era que se habían terminado antes de tiempo, pero desgraciadamente no es ésa la realidad.

Por tanto, le quiero preguntar respecto a los casos concretos. Es evidente que no me voy a referir a los que usted ha mencionado, en los que acepto su explicación, pero hay otros muchos; hay otros muchos en los cuales —tengo aquí delante el documento de presupuestos del año 1992— debería haber habido dotación presupuestaria en 1993 y no la hay. ¿Se han paralizado las obras? Porque si es que no se ha cedido el solar, si se cambia por otro, no pasa nada, desde el punto de vista de la previsión presupuestaria; otra cosa es —y no voy a entrar en ello— si es lógica o no la sustitución que se ofrece. Pero cuando hay

un centro supuestamente en construcción, ¿qué pasa?, ¿se paralizan las obras?

No oculto a SS. SS. ni al señor Conde que la preocupación del Grupo de Izquierda Unida tiene relación con la gran cantidad de quiebras de empresas constructoras que se han producido, especialmente en la Comunidad de Madrid, que han llevado a que se paraliquen dichas construcciones.

Voy a enumerar los centros que, repito, deberían haber tenido consignación presupuestaria en 1993 y no la tienen. Por ejemplo, en la provincia de Cáceres hay un centro de salud en Plasencia y otro en Cabezuela del Valle. Se empiezan en el año 1992, está prevista su finalización para 1993, y no aparecen en los presupuestos. En Madrid ahorro a SS. SS. el listado, porque es un listado de 20 centros y como supongo que no voy a tener tiempo para nombrarlos no los enumero, pero quiero señalar que son centros cuyas obras se inician en los años 1990, 1991 y 1992 y que tienen prevista su finalización en 1993 o en años posteriores. Como ha dicho el señor Conde, la ejecución de las obras de un centro de salud no se realiza en el mismo ejercicio presupuestario. En los de Murcia está clara la respuesta. En la provincia de Salamanca hay dos centros, el Centro de Salud Peñaranda y el Centro de Salud Pizarrales, que iniciaron supuestamente sus obras en el año 1991 y su finalización está prevista en 1993. En la provincia de Santander, además del de Liérganes, hay otros cuatro centros de salud, de los que tres de ellos: el de Bárcena de Cicero, el de Ramales y el de Meruelo, iniciaron sus obras, o al menos reciben su dotación presupuestaria, en el año 1991 y se deberían haber terminado, con su correspondiente dotación, en el año 1993. En Teruel está el centro de salud de Cella, que empieza en el año 1991 y no recibe dotación en 1993. En Toledo está el Centro de Salud de Escalona, en las mismas circunstancias. En Zamora tenemos el Centro de Salud Plaza de Toros, y en Zaragoza tenemos cinco centros de salud: el Centro de Salud Actur, el Centro de Salud Casablanca, el Centro de Salud Bombarda, así como los de Cataluña y Arrabal, que exactamente en las mismas condiciones inician sus obras en el año 1991 y no reciben dotación en el año 1993.

Las cantidades son importantes; son cantidades que superan los 5.000 millones de pesetas y quiero saber qué ha pasado con esos centros, porque desechar, repito, la construcción de algo que no se ha empezado puede ser lógico, y mucho más si hay una alternativa clara, pero cuando se han iniciado las obras, ¿qué ha pasado? En principio, no parece lógico ni sensato que el Ministerio de Sanidad ofrezca un presupuesto de inicio de nuevos centros de salud cuando no ha dotado de presupuesto a otros que ya tenían iniciadas sus obras. Creo que la preocupación de Izquierda Unida está justificada en este caso.

Hay otra cosa que querría saber, porque cuando se habla de una cobertura de atención primaria estamos acostumbrados, señor Conde, a escuchar cifras de lo más variopintas en esta sala, por parte de autoridades sanitarias, no suyas, sino de otras personas que le han precedi-

do en el cargo, cantidades bastantes dispares. Hay que reconocer que el actual Ministerio de Sanidad se está ateniendo más, supuestamente, a cifras reales, pero ese 55,82 por ciento de cobertura real para 1993, ¿prevé la incorporación de la población supuestamente asistida por estos centros o realmente ha tenido en cuenta que estas obras se han paralizado por falta de presupuestación presupuestaria?

El señor **PRESIDENTE**: En turno de intervención de los grupos parlamentarios y por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Benítez Barrueco.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia del señor Conde Olasagasti y, en segundo lugar, quiero decirle que la canción ya la sabíamos, porque el día 13 de octubre, en esta misma Comisión, usted ya hizo el planteamiento de ese presunto control de los presupuestos, cuál era su política, qué es lo que iban a hacer, qué es lo que no iban a hacer y qué es lo que no estaban haciendo. Lo único que no entendemos muy bien es en qué se basa fundamentalmente la petición de la comparecencia por parte de Izquierda Unida, respecto a sus incumplimientos. Podemos entender que para ello hay hoy muchos motivos y razones. Creo que en estos momentos podríamos entender que esas irregularidades pudieran ser sinónimo de incumplimiento —como así lo entiende nuestro Grupo—, lo que es frecuente (como es lógico y normal en la Administración socialista, y tenemos ejemplos ya manifiestos), que en la medida en que los centros de salud previstos en determinados supuestos —lo ha dicho el propio Director General— no cumplen, se quedan sin hacer los que estaban previstos.

La segunda hipótesis, que parece descartarse, es que las irregularidades pudieran hacer referencia a algún tipo de práctica de lo que vulgarmente se conoce por corrupción, tan en boga últimamente. Creo que ésta la descartamos totalmente. Sin embargo, también podríamos ahondar en algo que desde nuestro punto de vista es ya propio, fijo y específico del Gobierno socialista, que es el incumplimiento de los presupuestos; se trata de un hecho ficticio, de una programación de los presupuestos que ni se cree en lo que se pone ni se cree en lo que se va a cumplir, en donde las partidas con una desviación de poder se mueven para arriba o para abajo y en que esas determinadas actuaciones, cuyas acciones tenían que ejecutarse en el Capítulo VI, como usted sabe, realmente no se cumplen.

La no ejecución de este aspecto y en la materia a que hace usted referencia respecto al año 1992, creo que con más sinceridad no ha podido expresarla, pero seriamente hay que señalar que eso representa un incumplimiento aproximado de un 67 por ciento, que creo que es importante.

En cuanto a la programación en que se basa la presupuestación de las inversiones reales en el Insalud se asemeja muy mucho a lo que es calificable como de auténtico desastre y a los propios datos de su Ministerio nos atenemos, sin lugar a dudas.

Sin embargo, digo que la canción era sabida, porque en el «Diario de Sesiones» consta lo mismo que ha dicho hoy, y no nos cabe más que pensar que, erre que erre, siguen ustedes insistiendo en echar la culpa a alguien, en este caso a las comunidades autónomas o a los ayuntamientos. Entiendo que no es propio ni siquiera lícito plantear algo que el 13 de octubre de 1992, en esta Comisión, usted ya señaló como un proyecto de algo que se estaba produciendo durante todo el año, así como en 1991 -y luego haremos referencia a ello- pero se da la circunstancia de que estamos ya en el año 1993, a finales de febrero, y ustedes siguen en la misma tesitura. Me da la sensación de que o bien no saben planificar cuáles son las necesidades de atención primaria que tiene España o de que están haciendo parcheos. Se echan las culpas y se dice que priorizamos, pero no hay unos mapas sanitarios.

Sabemos que esas comunidades autónomas tienen esa competencia; sabemos que esas áreas sanitarias que usted ha marcado en cada comunidad o en cada provincia se pueden modificar y todo lo que usted quiera, pero hay un hecho, y es que la Ley de Presupuestos hay que cumplirla y me da la sensación que ése no es estilo -lo estamos viendo y demostrando- del Partido Socialista. Lo digo por la doble intervención en esta misma Comisión de personas referidas totalmente a su Ministerio.

En el año 1992, el entonces Secretario General de Consumo y Salud Pública, señor Ortega Suárez, decía, primero que estos equipos de atención primaria todavía no han desarrollado todo lo que deberían las acciones preventivas y de promoción de la salud. Luego, por tanto, si ustedes siguen sin hacer esos centros de salud, ustedes siguen sin hacer esas acciones preventivas y de promoción. Segundo -decía el señor Ortega-, se pretende consolidar precisamente el número tan importante de centros de salud. Si se pretende consolidar, no pongamos pegos, hagamos y digamos que esto es lo necesario para la salud de todos los habitantes de España en cualquier provincia.

Pues bien, como usted comprenderá perfectamente, es imposible que se haya hecho esa buena política sanitaria en atención primaria que ustedes preconizan, porque no se han hecho dichos centros y los que se han hecho -que es peor todavía- no están dotados ni de material ni de personal, con lo cual ustedes siguen incumpliendo su propia política. Usted mismo -no lo voy a repetir- lo dijo aquí ya, como digo, en fecha 13 de octubre de 1992, en la que nos repetía los números. Nos decía que había previstos 33 nuevos centros, de los cuales se iniciaron 30 y que para 1993 se iniciaban 45. Hoy ya nos dice que en el año 1993, de las prioritizaciones que hacían ustedes de 120 centros se terminaron 66 en 1992; o sea que vamos siempre retrasados con respecto a presupuestos, sigue habiendo incumplimiento de presupuestos.

Lo que yo veo una vez más es el que no se han puesto en marcha unos centros de salud hechos y programados y se ha venido abajo la ilusión de muchos pacientes de esa comarca, de esa área de salud, de los propios médicos, que son los primeros interesados en dar una perfecta

atención sanitaria. Los problemas existen, todos los referidos en esta Comisión, más los que yo les voy a añadir.

El señor **PRESIDENTE**: Brevemente, por favor.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Creo, sinceramente, que no es justo el decir que el ayuntamiento prioriza y dice que no quiere tener ese centro de salud ahí y que lo hacen en otro pueblo. Se supone que será a base de presiones, de presión política o similar en las cuales yo no entro.

En lo único que vuelvo a insistir es en que a las comunidades autónomas les corresponde la planificación de la asistencia primaria, pero al Ministerio de Sanidad y al señor don Felipe González les corresponde asumir la responsabilidad y cumplir la Ley de Presupuestos Generales. Eso parece ser que a ustedes no les interesa. No lo digo a lo mejor en el caso suyo personal, pero sí lo digo en cuanto a ciertas personas que corresponden y apoyan a este Gobierno. Por tanto, no cumplen los compromisos ni la ley de presupuestos, insisto una vez más.

El que ustedes no construyan los centros de salud indica o que ya no creen en ellos o que, según parece, con la palabra priorización ustedes ya justifican todo lo que no se hace, todo lo que no conviene o todo lo que sí pueda salir por delante.

Nosotros entendemos -y es lo que pedimos desde mi Grupo- que se han de terminar los que tienen programados y los que tienen ya presupuestados. Porque ustedes han presupuestado libremente, nadie les ha dicho a ustedes que presupuesten eso, lo han hecho libremente; por tanto, cumplan ustedes. En sencillo: sólo es cumplir. Acostúmbrense a ello, aunque nada más sea por una vez.

Hay una cosa que está muy clara, y es que yo creo que sería bueno saber con certeza, de verdad, cuántos centros de salud tenían previsto construir globalmente.

Ahora le voy a hacer, con el permiso del Presidente, una referencia que el propio señor Molina Fernández, entonces Secretario General del Sistema Nacional de Salud, en el debate de presupuestos para 1992, o sea, en el año 1991, decía: primero, no se ha aparcado, ni mucho menos, la mejora de atención primaria, que consideramos decisiva para mejorar la prestación, para evitar el descontrol del gasto sanitario en el país y para mejorar la atención al cliente, y, segundo -decía-, siempre sería conveniente hacer más inversiones para realizar atención sanitaria, pero en estos momentos -decía en el año 1991- es mucho más importante sacar todo el aprovechamiento de lo ya existente.

Si usted comparte esa tesis, entonces a mí y a nuestro Grupo nos justifica que no se hagan esos centros de salud, con lo cual a lo mejor incluso coincidimos, pero hay una cosa que sería buena, y es que ustedes de verdad nos dijeran cuántos tenían en definitiva, si son esos 120 o cuál es el total en todo el Estado español y cuántos hay realmente construidos, porque...

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

El señor **BENITEZ BARRUECO**: En seguida, señor Presidente. Porque en abril de 1988, el entonces Secretario General de Asistencia Sanitaria y Presidente Ejecutivo del Insalud, decía que el Ministerio tenía previsto construir 150 nuevos centros de salud y ya entonces, en el año 1988, reconoció que la falta de medios desvirtuaba la reforma.

Por tanto, vemos y observamos una total y absoluta falta de esa buena planificación. Para uno, como vemos, había que construir; para otro, había que sacar todo el aprovechamiento de lo ya existente. En fin, ustedes tienen que dar cuenta de esto a la sociedad española. Usted habla de convenios con comunidades autónomas. Yo le puedo decir que en Baleares, en Galicia, en Castilla-León, usted y las propias comunidades autónomas reciben felicitaciones por la planificación. Habrá sus fallos, como en todos los lados, pero da la circunstancia de que en las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Socialista es donde mayor queja hay y, no sé por qué, pero es por parte de todos los sindicatos. En los factores sociales es donde ustedes no hacen esas inversiones reales y, como digo yo, me gustaría que fueran unas inversiones realistas. En las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular lo que sí se están haciendo -y usted lo sabe perfectamente- es la previsión de crear esos centros de apoyo que nosotros creemos más fundamentales para dar la atención.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Benítez, por favor...

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Terminó, señor Presidente, en medio minuto.

Quiero decirle que a todo lo dicho referido a los centros de salud no terminados hay que añadir, por ejemplo, el caso de Cella, que corresponde a Teruel, donde también hay un grave problema, que es el que le decía. Ustedes tienen en el caso de Teruel el centro de Santa Eulalia, el de Cantavieja y el de Mas de las Matas, unos centros perdidos allí sin personal, sin dotación.

Creo que esto no puede dar pie nada más que a la reflexión final que yo le puedo decir y que ya afirmaba Beveridge, y es que el fallo primordial de la salud entendida como bienestar se encuentra en considerar que, una vez desarrollado un sistema de asistencia sanitaria, su coste se mantendría estable como consecuencia de la elevación normal del nivel de salud de la población, teoría frente a la que ustedes han impuesto una realidad: recursos económicos limitados.

Yo deseo de todo corazón que ustedes terminen estos centros de salud, que los que tienen terminados los acondicionen de personal y material y podamos darle a la sociedad española una asistencia sanitaria que ustedes parece ser que la tienen un poco rácana, y que cumplan los Presupuestos Generales del Estado.

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

El señor **MARDONES SEVILLA**: En primer lugar,

quiero dar las gracias al señor Conde por su comparecencia.

Quiero ser muy conciso, limitando el planteamiento de esta materia, iniciativa de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, a la comunidad autónoma de Canarias.

Como usted bien conoce, señor Director, nos encontramos en una comunidad autónoma con un régimen jurídico que tiene transferidas competencias en sanidad; sin embargo, no son desarrolladas ni ejecutadas todavía porque no se ha aceptado por el Gobierno autónomo canario y nos encontramos al mismo tiempo con un territorio discontinuo sobre el cual hay que superponer el plan de su unidad, de su dirección, del Insalud, en la atención primaria y en los centros de salud.

Yo creo que en estos momentos existe abierta una buena vía de diálogo entre el Insalud y la Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias y las distintas entidades implicadas de ámbito local. Pero, como usted sabe, para nosotros en Canarias, como territorio discontinuo, este programa de atención primaria de salud, con la construcción de centros, es fundamental, para paliar el coste de insularidad y el desplazamiento de consultas y de enfermos a los grandes hospitales de las islas capitalinas.

Nosotros quisiéramos saber si en este momento, por parte del Insalud, en la aplicación de su programa de construcción de centros de salud en el territorio del archipiélago canario, por la discontinuidad del mismo, tienen establecido o no, en coordinación con la Consejería de Sanidad, un índice de prioridades, y prioridades territoriales; en qué partes o en qué islas se puede dar cumplimiento al programa de inversiones, y qué relación de dificultades de todo tipo, de disposición de terrenos, de disposiciones de coordinación de los planes concertados, etcétera, tienen ustedes en este momento, dada, vuelvo a insistir, la importancia fundamental de la construcción de esta red insular de centros de salud, superando cualquiera otra limitación que no sea la de tipo presupuestario, para ordenar todo ese movimiento o trasiego indeseable de consultas y de enfermos hacia grandes centros de salud que no hacen más que congestionarlos muchas veces y, al final, degradar los servicios.

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

El señor **ARGANY FAJARDO**: Señor Presidente, señorías, hemos asistido a una comparecencia respecto a la cual los términos de la petición no se corresponden con el desarrollo de la misma; pero, efectivamente, ya esperábamos que esto fuera así.

Se ha hecho una especie de debate alrededor de la política que el Gobierno socialista lleva sobre la atención primaria, concretamente. Hay algo que es evidente, y es que por boca del Director General se ha dejado claro que la atención primaria sigue siendo aspecto fundamental y prioritario, tanto en la política del Gobierno como de los socialistas, y que sigue siendo un modelo con una nueva concepción de la salud y un modelo asistencial concreta-

do en estos centros de salud para modernizar las estructuras y capacitar al sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos, más allá muchas veces del mero hecho asistencial, y que afecta a la prevención, promoción, educación, descentralización, etcétera, de la salud. Esta quizá puede parecer una cuestión meramente formularia, protocolaria; pero, evidentemente, hay que insistir en ello, porque quizá se entienda por qué el desarrollo de la salud y de estos centros de atención primaria ha llevado una vía y no otra, y se pueden llegar a contradecir o justificar determinados argumentos en contra del desarrollo de atención primaria que pretenden los socialistas.

Ha dicho el Director General que, efectivamente, la construcción de centros de salud sigue siendo un pilar fundamental, así como el cumplimiento previsto de todas aquellas obras proyectadas, y ha hablado (incluso yo creo que no debería extenderme mucho en ello, porque lo ha justificado sobradamente) de por qué determinados centros de salud no se han podido realizar, y ha hablado de algo que es evidente, y es que aquellas obras que no se han hecho es porque están en el anexo de los presupuestos, y las que están en el anexo no tienen carácter vinculante en muchísimos casos y, al no tenerlo, hay una serie de imponderables, también mencionados, como criterios prioritarios, de aspectos técnicos, de factibilidad, adquisición de suelos, etcétera, de la cual no se está echando la culpa a las comunidades autónomas (como se ha intentado decir aquí por algún portavoz), de que el representante del Gobierno, en este caso, ha intentado culpar a la falta de cumplimiento por las comunidades autónomas del desarrollo de los centros de salud; pero, efectivamente, lo que es cierto es que hay una serie de imponderables y que el grado de cumplimiento es amplio y efectivo.

Hay una serie de preguntas muy concretas que se han hecho al Director General del Insalud sobre el grado de ejecución de una serie de obras o de paralización de las mismas. Yo he visto con la afirmación simple de la cabeza del Director General que va a poder responder, y es lógico que sea él el que responda y no yo. Yo solamente me limito a hacer una valoración de las obras. Se ha hablado de determinadas irregularidades en la comparecencia, cuando realmente de lo que se habla luego es del grado de incumplimiento y no de irregularidades. Quizá está mal formulada la pregunta. También se habla de que hay un cambio en la ejecución de previsiones en la inmensa mayoría de los casos.

Yo creo que es evidente que hay algunas obras que no se han ejecutado del todo, pero no en la inmensa mayoría de los casos, porque da la sensación de que se están haciendo unos presupuestos y se están previendo unas obras que luego no se van a realizar.

La pregunta lógica nos puede surgir en muchos casos. Yo creo que, efectivamente, sobre la ejecución o no de obras, en primer lugar, hay la voluntad del Gobierno de realizarlas, pero hay una serie de imponderables en un momento determinado por los cuales algunas no se han podido realizar, y las ha justificado. Y hay una segunda parte en la intervención del Grupo Popular en la que se

dice que no entiende la pregunta del Grupo de Izquierda Unida, y hace una serie de ataques generales sobre la política de atención primaria.

Ya esperábamos nosotros que no le interesase tanto el grado de cumplimiento o de incumplimiento, porque, en el fondo, y según hemos podido ver en su programa electoral, lo que le interesa es que no se cumpla lo proyectado sobre los centros de salud, y sin embargo hace un ataque hacia el presunto incumplimiento por parte del Gobierno socialista de lo presupuestado con respecto a los centros sanitarios. Y parece que nos tratan de tontos, porque nos habla un poco de que hay irregularidades y dice que no nos creemos lo que vamos a hacer. ¡Hombre, yo creo que sí lo creemos! Lo creemos tanto que precisamente en estos momentos se están potenciando en muchos sitios (cerca del noventa por ciento), los centros de atención primaria, que atienden a 600.000 pacientes todos los días, y el grado de aceptación por el ciudadano en todas aquellas encuestas que se han realizado es altamente significativo, y, a la vez, cumplen no solamente el grado de asistencia, por así decirlo, sino también una serie de cuestiones de promoción y de prevención, cosas que no se ven.

¿Cuál es el gran problema que hay? A mí no me gustaría alargarme en estar deshaciendo entuertos y hablando sobre las grandes cantidades de quejas que dicen que hay, cuando precisamente son mínimas y están por debajo incluso de la media de las Comunidades Europeas.

Lo que es cierto en todo esto es que los centros de atención primaria están cumpliendo un gran papel, que efectivamente todavía tienen que funcionar muchísimo mejor, que no es un proceso fácil, pero además puede ser la base (y sigue siendo la base) de nuestra presupuestación de la calidad sanitaria.

Lo que sí tienen que decir los señores del Grupo Popular en estos momentos es cómo van a lograr una mejora de la atención sanitaria en este país con aquellos presupuestos de, primero, bajar la fiscalidad y, al mismo tiempo que bajan la fiscalidad, aumentar la calidad de su asistencia y, a la vez, aumentar la satisfacción de aquellos individuos que van a desarrollar la sanidad. Tema difícil de compaginar. Pero hay más: en su programa concreto, que hemos leído o que hemos oído, hablan de la sustitución de los centros de salud por centros de apoyo.

Yo quisiera que ustedes me dijeran, en primer lugar, qué es eso de centros de apoyo, en qué van a convertir ustedes los centros de salud. Porque, claro, nosotros hemos apostado por una cosa muy clara a la cual no renunciamos, y es al estado de bienestar, y es en lo que se está trabajando en estos momentos. Ya veo que hacen señales con la mano, pero eso es claro. Y, miren ustedes, en cuanto a los centros de apoyo, había aquella célebre frase de: dame un centro de apoyo y levantaré la tierra... (Risas.) Y parece que dicen: dame un centro de apoyo y destruiré todo el sistema de salud. Pero no les vamos a dar a ustedes esos centros de apoyo porque, efectivamente, sería un paso atrás que no estamos dispuestos a aceptar. Con todas las deficiencias que pueda haber, creemos que la política nuestra de atención primaria sigue siendo

una política que puede servir para crear el estado de bienestar que no solamente todos los socialistas, sino todos los ciudadanos en este país demandamos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Director General.

El señor **DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, INSALUD** (Conde Olasagasti): Cuatro consideraciones generales y alguna respuesta concreta. La primera es que acepto muy gustoso esta obligación de dar cuenta del cumplimiento del presupuesto, que yo creo que es particularmente relevante cuando estamos hablando de un presupuesto de inversiones, para decir a continuación que no hay en modo alguno ningún incumplimiento con la ley ni irregularidades presupuestarias, puesto que todo lo que se ha hecho está dentro de la estricta legalidad que se contempla precisamente para el tema inversor, porque se conoce que en dicho tema es donde pueden surgir, desde lo que está planteado con carácter, repito, indicativo y no vinculante en un anexo de inversiones hasta su ejecución final, multitud de circunstancias que obliguen a modificar la previsión inicial de carácter indicativo. Aunque no sea más que a título de ejemplo, en lo económico se fijan en el anexo de inversiones unas cantidades indicativas para determinadas obras. Posteriormente, esas obras se sacan a concurso público y se conceden muchísimas veces por debajo de esa cantidad, que era la máxima. Ahí hay un volumen económico que se puede utilizar precisamente para cubrir los casos en que ocurre exactamente lo contrario. Yo creo que lo oportuno y pertinente es dar cuenta de lo que se ha hecho, y la ley contempla esa posibilidad. Por tanto, no hay incumplimiento ni irregularidades.

Segunda cuestión. No se puede juzgar el cumplimiento de insensatez mayor que hablar de inversiones en el sector sanitario -en cualquier otro sector probablemente, pero en el sanitario muchísimo más- si no se tiene delante un horizonte de tres, cuatro o cinco años y se ve cómo se va cumpliendo o incumpliendo en ese contexto muchísimo más amplio.

Tercero, estamos -y creo que lo estamos probando- decididos a caminar con firmeza en el desarrollo de la atención primaria, y no porque queramos poner más ladrillos, sino porque los indicadores de satisfacción de la población e indicadores objetivos de atención sanitaria -contra lo que dice S. S. del Partido Popular- muestran que la población está recibiendo con enorme satisfacción ese tipo de modelo y puntúa bastante por encima de lo que venía siendo en otros tiempos.

Por último, con carácter general, les digo a todos ustedes, particularmente a la señora Maestro y el señor Benítez, que les contestaré por escrito a cada una de las precisiones concretas sobre un centro, a las que en este momento no puedo contestar.

A la portavoz de Izquierda Unida creo que le puedo aclarar perfectamente su duda, que entiendo. Usted ve que de repente aparece algo que se ha iniciado en 1991 y que teóricamente tiene que terminar en 1993 y no tiene

consignación presupuestaria. Hay dos explicaciones a eso: en un caso es que realmente se ha terminado, porque -y lo he mencionado antes-, debido a modificaciones presupuestarias, hemos podido terminar en 1992 lo que estaba previsto terminar en 1993, un residuo de alguna anualidad pequeña que hemos podido adelantar; y en otro caso, que es a lo que usted se refiere y le preocupa, es que, efectivamente, hay un grupo de obras que están relacionadas con suspensiones de pagos y/o quiebra de la empresa adjudicataria de la obra en las que ha habido que proceder a la rescisión del contrato, por lo que no podíamos hacer figurar una partida presupuestaria en 1993, puesto que estaba bajo la cobertura jurídica decidir lo que sucedía con aquella rescisión de contratos, y una vez obtenida esa rescisión de contrato con carácter legal perfectamente amarrado va a ser ejecutado en el año 1993 lo que queda pendiente de esas obras. Usted me dirá: ¿con qué crédito? Pues con un crédito centralizado que precisamente está previsto para cubrir esta serie de eventualidades y que no podíamos, repito, hacer figurar para el año 1993, puesto que bajo el proceso judicial en que estaba inmerso aquello no podíamos presuponer lo que iba a suceder. Son esos dos tipos de cosas: en unos casos es que realmente se han acabado, y en otros casos son parálisis de obras, rescisiones de contratos, pero afortunadamente ya están ejecutadas todas y adjudicadas a otra empresa para terminar la obra, y la convocatoria de adjudicación de esas finalizaciones de obras se va a producir en lo que queda del primer trimestre de este año.

Al representante del Partido Popular le quiero insistir, cuando ha dicho un incumplimiento del 67 por ciento, que de ninguna manera podemos admitir esto. Si usted coge, repito, el horizonte inversor en un contexto plurianual verá que eso no es así, y nos comprometemos a dar cuenta de ese horizonte completo, lo ya hecho y lo por hacer, con esa visión plurianual, que yo creo que es como hay que ver las cosas.

No culpamos a nadie, no pretendemos hacer víctima a nadie de que en un momento determinado, con la mejor intención del mundo, se nos ha cedido un solar y, cuando vamos a ese solar y tenemos que hacer las catas correspondientes y el estudio geotécnico, viene a suceder que en ese solar es imposible hacer esa construcción o la inversión adicional que habría que hacer para construir el centro de salud en ese solar lo hace inviable. No es culpa de nadie; son circunstancias ajenas a nuestra voluntad que vienen sucediendo.

Sí planificamos, no diga que no planificamos, porque insisto en lo que vengo repitiendo del horizonte plurianual. Precisamente porque planificamos, precisamente porque miramos un horizonte a largo plazo y lo consensuamos con las Comunidades Autónomas es por lo que podemos ir cumpliendo, y cuando un centro, por razones ajenas a nuestra voluntad, no puede ser construido, está otro en reserva para poderlo construir dentro de ese horizonte planificado. En ningún caso se debe la modificación de lo que está en el anexo de inversiones y lo que se realiza en la práctica a ningún tipo de «consideración política» -entre comillas-, sino, como vuelvo a insistir, a

razones técnicas o de cobertura asistencial, como pueda ser el caso de que con una misma inversión similar se va a cubrir a mucha más población.

Por último, le agradezco su interés y el ánimo que nos da para que continuemos con el nuevo modelo de atención primaria en las acciones preventivas, porque hasta cierta fecha no parecía que eso les preocupara mucho.

Al representante del Grupo Mixto y por lo que se refiere a Canarias, le puedo decir que, efectivamente, estamos en una estrechísima colaboración con la Consejería de Sanidad. Hay un índice de prioridades perfectamente establecido y las dificultades para cumplir con ese índice de prioridades a veces surgen en el terreno de la cesión de solares y, como siempre en el caso canario, el tema insular nos complica a todos la vida a la hora de organizar la asistencia. En este momento, por ejemplo, estamos trabajando duramente en el esbozo de un plan de atención de urgencias para las propias características insulares, puesto que los modelos peninsulares o continentales se ajustan a veces mal a las necesidades de Canarias, pero no le quepa la menor duda de que trabajamos codo a codo y con un índice de prioridades perfectamente establecido.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. (El señor Benítez Barrueco y la señor Maestro Martín piden la palabra.) No hay motivos para una segunda ronda de preguntas, porque no es una comparecencia que tenga carácter excepcional, parece ser. Por tanto, agradecemos al señor Director General su presencia.

Señor Benítez, ¿para qué pide la palabra?

El señor **PRESIDENTE**: La pido, en primer lugar, porque creo que, extraordinaria o no, la importancia la daremos estos Diputados. Si el Presidente le da el carácter que él quiere, entonces aquí sobramos todos.

El señor **PRESIDENTE**: Léase el Reglamento y es a criterio de la Presidencia.

El señor **BENITEZ BARRUECO**: Eso en primer lugar. En segundo lugar, las contradicciones y las alusiones personales creo que es importante que queden claras, porque no cuesta tiempo. Es que parece que en esta Comisión siempre falta tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Benítez, no hay contradicciones ni alusiones personales, hay planteamientos políticos de tipo general, los que ha hecho usted respecto a la política que lleva el Gobierno o los que hace un Diputado respecto a los de otro. No vamos a perder más tiempo, no hay segundo turno de palabra y en paz. (El señor Mardones Sevilla pide la palabra.)

Señor Mardones, ¿están pretendiendo alterar el orden de la Comisión?

El señor **MARDONES SEVILLA**: Una cuestión de orden al señor Director. Como el señor Director lo ha ofrecido, es para pedirle que me mande el papel.

El señor **PRESIDENTE**: Pues ya lo ha dicho.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Como ha dicho que lo mandaría solamente a Izquierda Unida y al PP, le pido, por favor, que el dato canario se me remita también. Nada más que eso.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.

- COMPARECENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD), PARA QUE EXPLIQUE LAS CAUSAS QUE HAN ORIGINADO POR PARTE DEL CABILDO INSULAR DE TENERIFE LA DENUNCIA DEL CONVENIO SUSCRITO EL 6-10-92 ENTRE DICHA CORPORACION Y EL CITADO ORGANISMO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR (número de expediente 212/0001790).

El señor **PRESIDENTE**: Ruego que se acerque a la Mesa el señor Mendioroz. Segundo punto: Comparecencia del Presidente del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), para que explique las causas que han originado por parte del Cabildo Insular de Tenerife la denuncia del convenio suscrito el 6 de noviembre de 1992 entre dicha Corporación y el citado organismo. Presentado por el Grupo Parlamentario Popular.

Está con nosotros don Santiago Mendioroz, Presidente del Instituto Nacional de la Salud, en su calidad de Secretario General de Planificación. Le damos la bienvenida a la Comisión y le concedemos la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD)** (Mendioroz Echeverría): En primer lugar, tengo que confesar que tengo un cierto pudor al tratar de responder a esta pregunta, puesto que, como la propia pregunta especifica claramente, quien ha tomado la decisión de impugnar o denunciar el convenio, hasta ahora vigente, es el propio Cabildo Insular de Tenerife, institución administrativa perfectamente responsable, de cuyas intenciones, a la hora de denunciar el convenio, no puedo en absoluto hacerme portavoz. Ignoro cuáles son las razones que le han llevado al Cabildo a denunciar el convenio y, por consiguiente, no trataré de explicarlas. Lo que sí puedo tratar de hacer es explicar la situación tal y como la vemos desde la Secretaría General de Planificación, tal y como la vemos desde el Insalud.

Quizás enunciar simplemente una breve respuesta en el sentido de decir que en todo proceso abierto de negociación, y más cuando en ese proceso abierto de negociación se están barajando cantidades importantes de dinero que salen de los Presupuestos del Estado y que afectan a los presupuestos de otra administración, obviamente cada una de las administraciones negociadoras trata de colocarse en la mejor situación posible a la hora de nego-

ciar. Entiendo que el Cabildo ha considerado que mejoraba su posición negociadora denunciando el convenio y así lo ha hecho. Creo que no hay nada más que explicar sobre este tema.

Sí quería decirles, como antes comentaba, cuál es la visión que tenemos de este proceso. El convenio entra en vigor el 6 de octubre de 1989 y tiene vigencia hasta el 7 de octubre de 1993, con un período de cuatro años. Tiene también una cláusula, que es la 15-2, en donde se prevén prórrogas automáticas anuales del susodicho convenio en tanto en cuanto no sean denunciados, y tiene previsto un proceso de denuncia y unos plazos para poder hacer esa denuncia que es lo que el Cabildo, en el legítimo uso de sus competencias, ha decidido hacer. **(La señora Vicepresidenta, Novoa Carcacia, ocupa la Presidencia.)**

Sí creo conveniente resaltar que a lo largo de la vigencia de este convenio se ha producido un significativo aumento de las cantidades pagadas por parte del Insalud al Cabildo para la utilización sustitutoria del hospital y que se ha producido también un proceso continuado de negociación y de relaciones con el Cabildo sobre este hospital. En concreto, y previendo la posibilidad de que, efectivamente, a la hora de terminar la vigencia inicialmente prevista del convenio fuera conveniente su revisión, se iniciaron unas negociaciones, amparadas también por la propia Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma en febrero de 1992, para rediscutir las condiciones del convenio.

Mientras estaba abierto este proceso de negociación, de discusión y de revisión del convenio, el 31 de julio de 1992 el organismo autónomo Hospitales del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife, reunido su Consejo de Administración, decidió proponer al Cabildo la denuncia del convenio y así lo hicieron. Situación que fue comunicada a la Administración del Estado el 11 de septiembre de 1992.

Paralelamente, y desde el mes de febrero, se había visto la posibilidad de integrar al Hospital Universitario de Tenerife en los nuevos esquemas de gestión y de prestación de servicios que está realizando el Instituto Nacional de la Salud.

Entendemos que a lo largo de los últimos años se han hecho experiencias en determinados hospitales que han llevado, por una parte, a una mejora de la asistencia sanitaria, y a una mejora de la calidad de la asistencia percibida por los ciudadanos que es, en definitiva, el objetivo esencial. Eso se ha podido hacer como en el caso, por ejemplo, de la Clínica de la Concepción de Madrid, de la Fundación Jiménez Díaz, incluso disminuyendo las cantidades aportadas por el Estado, sustituyendo el procedimiento de valoración de la actividad realizada y pasando de una valoración por estancias a una valoración por procesos.

En el caso del Hospital del Cabildo de Tenerife, la propuesta de la Administración central ha sido ir todavía mucho más allá del actual convenio vigente. La propuesta que pusimos sobre la mesa consistía esencialmente en pasar a considerar el Hospital del Cabildo como un hospital más de la red en todo lo que se refiere a los procedi-

mientos de gestión interna, a los procedimientos de medición de la actividad y de la calidad que se hacen y, por consiguiente, también en los procedimientos de asignación presupuestaria. Es decir, desde el principio ha habido una disposición a reconsiderar los términos económicos del convenio a cambio, obviamente, de conseguir una mejor integración del hospital dentro de la red sanitaria pública y obtener unos parámetros de calidad en la asistencia dada y de actividad comparables a los que se exigen a los demás hospitales de la red pública.

Como decía, desde el mes de septiembre pasado tenemos abierta esa negociación. Se han producido sucesivas reuniones, no menos de siete u ocho, lo mismo en Tenerife que aquí en Madrid, lo mismo, generalmente, con la presencia también de representantes de la Consejería del Gobierno autónomo; otras veces, estrictamente entre la Secretaría General de Planificación y el propio Cabildo. En estos momentos existen dos propuestas, obviamente diferentes, una presentada por parte del Cabildo y otra presentada por nosotros sobre cuáles serían los términos potenciales del acuerdo.

Estando, como decía anteriormente, en estos momentos la negociación abierta, no me atrevo a decir si se podrá firmar un convenio nuevo antes del mes de septiembre o del mes de octubre, o si se firmará en el mes de mayo. Lo que sí tengo es el absoluto convencimiento de que la responsabilidad de que ha hecho gala el Cabildo de Tenerife en toda la negociación llevará a que, con o sin acuerdo, la asistencia sanitaria que se sigue prestando por parte del Hospital va a ser exactamente la misma que se venía prestando y al mismo grupo de personas.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Soriano.

El señor **SORIANO BENITEZ DE LUGO**: Me ha sorprendido un poco la intervención del Presidente del Insalud, que por supuesto agradezco, porque no nos ha puesto de manifiesto cuáles son los puntos de enfrentamiento entre las dos propuestas que dice que existen, una por parte del Cabildo Insular, y otra por parte del Insalud, que es la cuestión fundamental que aquí se trata de debatir.

Nos ha dicho lo que ya sabíamos: que hay negociaciones, que hay un convenio suscrito desde hace años entre el Cabildo de Tenerife, propietario del Hospital, y el Insalud, y que en estas negociaciones no se ha llegado a un acuerdo. Eso ya lo sabíamos.

Hay una pregunta sobre el particular, con respuesta por escrito. El 10 de septiembre de 1992 ya se me había contestado que en septiembre de ese año se estaba negociando con el Cabildo Insular de Tenerife el concierto singular del Hospital Universitario de Canarias que pretende conseguir el equilibrio financiero necesario a lo largo del presente ejercicio y los dos siguientes. Este objetivo se conseguirá mejorando las condiciones actuales del concierto, dedicando los recursos adicionales a aquellas actividades más necesarias en el área norte de la Isla de

Tenerife y buscando la plena integración de la asistencia sanitaria, que es lo que se nos ha venido a decir.

Y, por fin, se me decía el 10 de septiembre de 1992 que la actualización de las tarifas de 1991 había sufrido un retraso al no haber sido publicada la orden de revisión hasta el mes de noviembre y que, una vez acordado el incremento, se había procedido a la correspondiente tramitación del expediente a la Intervención General. Pero lo cierto es que estas tarifas no se actualizan y se pagan, en virtud de su funcionamiento como centro concertado, con un considerable retraso.

Yo creo que es preciso que se sepa que el Hospital Universitario de Canarias es absolutamente imprescindible, que sólo existe este hospital público de tercer nivel en el área norte de la isla y de la provincia, que tiene 670 camas y desarrolla 32 especialidades médicas y que en la actualidad el 90 por ciento de su actividad la presta para el Insalud.

Desde el 31 de mayo de 1974 existe el convenio al que aquí se ha hecho referencia y es preciso resaltar que, históricamente, este concierto siempre fue deficitario para el Cabildo, que año tras año tuvo que cubrir déficit que superaron en ocasiones los mil millones de pesetas al año.

El 6 de octubre de 1989 se firmó un concierto por un período de cuatro años en términos similares al de la Clínica de la Concepción y la realidad es que la evolución del concierto en estos últimos cuatro años es francamente desfavorable para el Cabildo Insular de Tenerife, donde se acredita un aumento de los gastos sin la debida contraprestación por parte del Insalud.

La facturación al Insalud se ha incrementado en el período en el 146,9 por ciento. Los presupuestos de gastos han crecido un 101,3 por ciento. Causas justificativas de tal crecimiento han sido la equiparación de los salarios de los profesionales que prestaban servicio en el hospital a los que perciben los profesionales del Insalud, el desarrollo de programas regionales y la insularidad, que es un tema difícilmente entendible con frecuencia por parte de las autoridades centrales de la Administración y que comporta unas características especiales, como se ha puesto de relieve en la anterior comparecencia por parte del Director General del Insalud, que son necesariamente atendibles.

La insuficiencia del convenio es clara en estos momentos, pues al incrementarse la actividad prestada al Insalud en un 21 por ciento la diferencia entre el presupuesto de gastos del hospital y lo percibido del Insalud, lejos de disminuir, se incrementa de 2.104 a 2.812 millones de pesetas y, por supuesto, estas cifras son variables y, día tras día, van incrementándose como consecuencia del desequilibrio existente al que me he referido con anterioridad.

Por otra parte, ha sido tradicional el retraso en el pago de la facturación girada por el Hospital Universitario, con acumulaciones de deudas que han superado los 3.500 millones y que normalmente se mantienen sobre los 2.000 millones de pesetas, habiendo originado en multitud de ocasiones hasta dificultades para llevar a cabo el

pago de los profesionales y de las personas que trabajan en el hospital.

Todo este cúmulo de circunstancias determinó que antes de que el concierto vigente expire el 7 de octubre de 1993, con la antelación requerida de seis meses, se formalizara la denuncia por parte del Cabildo Insular de Tenerife.

El Presidente del Cabildo, como aquí se ha dicho, se ha entrevistado en innumerables ocasiones con las autoridades ministeriales y, aunque siempre se ha puesto de manifiesto la predisposición del Cabildo Insular a ceder incluso la gestión plena del hospital al Insalud, yo desconozco cuáles son las causas que han llevado a que no fructificara esta cesión plena al Insalud, que, en definitiva, tendría que hacerse, por supuesto, garantizando la alta calidad que se presta en estos momentos en el Hospital Universitario de Canarias.

No existe razón alguna, en opinión del Cabildo de Tenerife, para que, después de que el Ministerio prometiera buscar una fórmula que cubriera los costes reales, el precio UPA ofrecido sea de 28.500 pesetas cuando el coste real promedio de todos sus hospitales va a ser de 31.000 y en Canarias de más de 35.000, puesto que se produce una disparidad entre lo que gasta el Insalud en la provincia de Las Palmas y en la de Tenerife. No queremos entrar aquí en cuestiones que siempre están latentes en los planteamientos canarios de distinto tratamiento entre unas provincias y otras, pero lo cierto y real es que en estos momentos el Insalud gasta en la provincia de Las Palmas una cantidad que es muy superior -y hablo siempre en términos porcentuales- a la que se gasta en la provincia de Tenerife.

En conclusión, yo he visto, en función de las preguntas que he ido formulando a lo largo de estos años y que me ha contestado el Ministerio, que el coste del Hospital Clínico Universitario como centro concertado pasó de 1.300 y pico millones de pesetas en el año 1990 a más de 6.000 millones en el año 1991.

La deuda pendiente con el Hospital como centro concertado a 31 de diciembre de 1991 me informó el Ministerio que alcanzaba más de mil millones de pesetas. Sin embargo, la realidad es que el Presidente del Cabildo en innumerables ocasiones viene dando la cifra de 4.000 millones de pesetas. Son continuas las declaraciones en la prensa poniendo de manifiesto la falta de concordancia entre los datos que maneja el Cabildo y los datos que maneja el Insalud. Yo quisiera saber de una vez los argumentos que se manejan por parte del Insalud, puesto que todavía no sé en realidad las cifras que se manejan, qué datos se utilizan y qué cifras tienen realmente la virtualidad de ser serias, porque, como digo, el Presidente del Cabildo en innumerables ocasiones viene dando la cifra de 4.000 millones de pesetas.

En conclusión -para no hacer más larga y prolija esta explicación-, sólo de la insuficiencia del sistema retributivo de los servicios prestados por el Hospital al Insalud se deriva la crítica situación financiera del hospital, situación que requiere un tratamiento puntual y que, en nuestra opinión, exigiría lo siguiente:

En primer lugar, dar al Hospital un tratamiento económico igual que a los hospitales de la red nacional del Insalud, con la diferencia de que del resultado de extender a él los criterios económicos generalizados se deduzca el importe neto de la aportación del Estado al Cabildo Insular en la parte que corresponda al Hospital, formalizando al respecto el oportuno contrato-programa.

En segundo lugar, en caso contrario, al carecer de recursos el Cabildo para afrontar los déficit del hospital, siendo este hospital esencial para la asistencia sanitaria de la población canaria y no siendo conveniente su deterioro asistencial por carencia o limitación de recursos, que el Ministerio asuma su gestión de forma inmediata, evitando con ello el tener que asumirlo cuando se halle en tan grave estado como el Hospital Insular de Gran Canaria, donde ya sucedió esto años atrás y que aún no se ha repuesto y que difícilmente se repondrá de la crisis que le afectó por la insuficiencia de los conciertos.

En definitiva, yo quisiera, resumiendo toda mi intervención, que por parte del Presidente del Insalud —a quien una vez más agradezco su comparecencia hoy en esta Comisión— se nos explicara claramente cuáles son las causas de la falta de entendimiento entre las autoridades del Cabildo y las autoridades del Insalud, qué impide que el Insalud se haga cargo de la gestión directa del Hospital, con todas las consecuencias, como aquí se ha puesto de manifiesto, y cuáles son las razones que se aducen por parte del Insalud para justificar las cantidades que maneja, que, como digo, no coinciden con las cantidades que da el Cabildo, y esto se está poniendo de manifiesto continuamente en los medios de comunicación en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Quedo a la espera de la contestación por parte del señor Presidente del Insalud.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia):
¿Otros Grupos que desean intervenir?

Tiene la palabra el señor Mardones.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Señor Mendioroz, Presidente del Insalud, le agradezco su información y comparecencia en ésta Comisión, a requisitoria del Grupo Popular.

Quiero mostrar aquí mi agradecimiento y reconocimiento a la prudencia y cautela con que usted se ha conducido en la primera parte de su exposición, dado que se trata, como usted bien conoce, de un problema delicado que afecta nada más y nada menos que a la asistencia sanitaria. Por consiguiente, la prudencia y la sensatez de las partes negociadoras en la actualidad —por un lado el Insalud y, por otro, el Cabildo Insular de Tenerife— deben llevarse al feliz término que para un bien común como es la asistencia sanitaria se desea.

Efectivamente, como usted ha informado, hay una denuncia por parte del Cabildo Insular en atención a las cláusulas del contrato que existía. Mi preocupación en este momento, en nombre de las Agrupaciones Independientes de Canarias que ostentan la Presidencia de este Cabildo Insular y que, al mismo tiempo, están en el Go-

bierno de coalición en Canarias, y cuya Consejería de Sanidad ostenta el Partido del Gobierno nacional, me lleva a la siguiente reflexión: he de pedirle el mantenimiento en esa línea de diálogo y de resolución del problema de fondo porque si el convenio denunciado termina en octubre de este año y, por tanto, nos encontramos ya metidos en plena dinámica electoral (se celebren o no las elecciones en octubre o antes), en cualquier momento será mal período para que las partes políticas implicadas tengan el sosiego necesario para negociar la resolución del tema.

En segundo lugar, yo le pediría un mejor entendimiento, porque si la disparidad que hay en este momento —según los documentos que obran en mi poder— entre la propuesta del Ministerio, del Insalud, y la del Cabildo, el diferencial económico, es de 1.427 millones de pesetas, esta cifra es perfectamente asumible para atenderla por quien sea y como sea —no estoy aquí para dar las fórmulas, que éstas deben corresponder a ambas partes contratantes del programa—, para resolverla. No es una cantidad que desborde cualquier imposibilidad de este tipo. Me permitiría repetir las palabras que pronunció el señor Ministro de Defensa: La fuerza expedicionaria española en Yugoslavia nos está costando 600 millones mensuales. Es decir, tres meses de la «Agrupación Málaga» en Yugoslavia son de mayor cuantía que atender el déficit que en este momento se plantea con el Cabildo Insular.

En tercer lugar, quiero pedirle, señor Presidente, que haya un principio de igualación en el problema que algunos detectan allí como de agravio comparativo, que es el diferencial de las UPA que se pagan entre las distintas estructuras de los hospitales canarios. Usted sabe que la asistencia sanitaria en Canarias está en este momento basculando sobre cuatro grandes hospitales, olvidándonos un poco de toda la red periférica. De esos cuatro grandes hospitales tres son de la Seguridad Social, dos que gestionaban antes directamente, «El Pino» en Gran Canaria y «La Candelaria» en Tenerife, junto al antiguo Hospital Clínico del Cabildo de Gran Canaria, dejado caer y cuya gestión ha tenido que asumir el Insalud, y el cuarto hospital que es precisamente el del Cabildo Insular de Tenerife, que es el Hospital Universitario.

Pues bien, una de las cuestiones que molestan a la parte negociadora del Cabildo Insular de Tenerife es que dicho hospital se encuentra en una situación o de agravio comparativo o que no funcionan sistemas de contabilidad analítica equiparables y superponibles a los cuatro hospitales. Por un lado, nos encontramos que con la evolución de las unidades ponderadas asistenciales, la conocida UPA, haya un principio de discrepancia. Yo creo que prácticamente el problema está ahí. Porque los documentos del Ministerio, del Insalud y del Cabildo vienen a coincidir, por ejemplo, en el número de asistencias a enfermos: 18.000 en el año. Viene a coincidir con pequeñas desviaciones, casi de un punto, en la estancia media por enfermo —doce días, once días—; sin embargo, es precisamente en los aspectos cuantitativos y cualitativos de las UPA donde podíamos encontrar el primer punto de conflictividad para lograr este mutuo acuerdo.

Quisiera recordarle, señor Mendioroz, porque intervinimos en el debate del famoso «Informe Abril», que donde hubo un grado de concordancia entre propuestas del «Informe Abril» y algunas posturas manifestadas por el señor Ministro de Sanidad y Consumo era en la necesidad de profundizar en la contabilidad analítica del coste de los servicios en los hospitales. Yo creo que no podemos tener nunca una UPA real –real en conocimiento, al menos para negociar– entre el Insalud y cualquier institución sanitaria de tipo institucional, en este caso el Cabildo Insular o la negociación con instituciones privadas concertadas, si no tenemos un conocimiento, una buena contabilidad analítica que nos llegue a definir por esta vía una UPA.

Por tanto, no se debe discutir con criterios cicateros o restrictivos una UPA que oscila entre las 29.000 o las 35.000 pesetas cuando ya se ve incluso una desaceleración del gasto sanitario –esto es bien recibido porque hay un mayor principio de racionalidad en relación con este tema–; creo que estas cifras pueden ser abordables en lo que yo le pediría al señor Presidente que lleve adelante con la mayor voluntad: ir, si está denunciado el convenio, al contrato-programa. Yo no le veo otra salida al problema en este momento y, por tanto, quisiera escuchar la opinión del señor Presidente del Insalud y ver con qué interés contempla el señor Mendioroz la estipulación de un contrato-programa que dé satisfacción a ambas partes. Usted sabe que en este momento en el Hospital Universitario de Canarias el 90 por ciento de la clientela es la que le suministra el Insalud. Desde 1985, en la serie histórica en que el Insalud utiliza el Hospital Universitario y Clínico de Tenerife en el 65 por ciento, llegamos en el año 1992 al 90 por ciento de su utilización con cargo a la Seguridad Social, que es quien también factura. Esta carga de uso yo creo que tiene que estar correspondida, señor Mendioroz, dentro de una contabilidad analítica. Lo sigo manteniendo; no se trata aquí de entender falsas generosidades para esa carga que hay junto a la carga financiera. Porque podríamos encontrarnos con que un hospital que tiene en este momento asistencia de determinadas especialidades superiores con las que el asegurado –que tiene perfecto derecho– se encuentran en el Hospital de «La Candelaria» (y me estoy refiriendo a trasplantes renales, a cirugía cardiaca especializada y a hemodiálisis o hemodinámica); estas tres especialidades están perfectamente atendidas en el Hospital Universitario, junto a las restantes clientelas –el 90 por ciento– que lo utiliza.

Por tanto, señor Mendioroz, ¿no sería conveniente encontrar lo antes posible, en los próximos meses, una fórmula conveniente de contrato-programa? Porque quizá podemos superar de esta forma el agravio comparativo de discriminación de pago de distintas UPA entre los cuatro hospitales, puesto que tres tienen un tratamiento y el cuarto –el Universitario– no lo tiene. Con la asistencia a ese 90 por ciento mencionado en dicho Hospital Universitario hay una asistencia, la mejor y más barata que tiene en este momento el Insalud en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, pero como ambas son Administracio-

nes públicas no estamos para hacer negocios o actividades económicas de este tipo y que alguien lo esté sopor-tando sobre su presupuesto.

Yo no quisiera que ninguna de estas partes rompiera esta negociación y no llegara a un contrato-programa, sobre todo cuando en la evolución de las aportaciones de los últimos años de Cabildo Insular de Tenerife nos encontramos que para el presupuesto de 1991 el Cabildo aportó 1.105 millones de pesetas, en el año 1992 solamente aporta 524 y a este ritmo en el año 1993 –y no quisiera moverme entre hipótesis maximalistas– el Cabildo podría dejar de aportar cantidades que pudieran permitir el mantenimiento de la calidad de esa asistencia sanitaria.

Por tanto, no quiero ser más prolijo, señor Presidente, sino terminar con lo que era el principio de mi reflexión: avancemos en la estipulación del contrato-programa y conocer qué razones por parte del Insalud imposibilitarían esto. Si la imposibilidad se cifra en 1.200 ó 1.427 millones de pesetas, querríamos saber si hay posibilidad de igualar las UPA entre los cuatro hospitales que existen en este momento allí y poder firmar este contrato-programa sin más dilación en las próximas fechas, en bien de todos y fundamentalmente de la asistencia sanitaria, que es lo que nos tiene que preocupar como políticos y responsables ante los ciudadanos asegurados en la asistencia pública que demanden estos servicios, y no vernos involucrados en una guerra de este tipo y que, al final, como siempre el Estado, como ocurrió en el Hospital del Pino en Gran Canaria, tenga que hacerse cargo de él, teniendo en pagar todos los costes añadidos de una mala gestión.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Por el Grupo parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Argany.

El señor **ARGANY FAJARDO**: Los canarios, cuando hablamos del Hospital clínico de Tenerife, lo solemos hacer con un cierto afecto y con una comprensión de su evolución histórica, con sus luces y sus sombras, que de todo ha habido. De todos modos, siempre manifestamos nuestra preocupación, una preocupación que yo diría que es positiva y, de hecho, hemos visto el buen talante que ha manifestado el resto de los Diputados, en este caso canarios, pero de distintas ideologías políticas, respecto al futuro del Hospital general y clínico, cuya finalidad no radica en sí mismo en un Hospital de una institución como es el Cabildo Insular, sino que es un hospital con una función pública, pero Canarias es una región que en estos momentos está pendiente de recibir unas transferencias. Lógicamente, cuando se recibe una transferencia es de desear que la infraestructura esté perfectamente desarrollada, para no estar en la discusión de si primero es la estructura para que se pueda producir el cambio, o si son primero las transferencias para que luego se modifique la estructura.

Lo que yo creo que es positivo es que este Hospital, que normalmente jugaba un papel complementario como Hospital Universitario también en la asistencia sanitaria

del archipiélago, en este momento se prevé el hecho, por parte de las autoridades insulares y de todos los responsables del mismo, de integrarse, como decía el señor Secretario de Planificación Sanitaria, en la red del Insalud, de integrarse en el área de salud, de recibir urgencias y de planificar determinadas patologías, a las que ya se ha aludido aquí.

Es cierto que siempre ha habido una disconformidad histórica entre las partes sobre los aspectos financieros y desarrollo de los mismos. ¿Cuáles son las discrepancias? Como se sabe, en octubre de 1989 se hizo un concierto singular, aceptado por ambas partes, y que ha habido una denuncia del mismo. Lo que yo me pregunto es con qué criterio y por qué se aceptó en ese determinado momento un concierto singular que ha sufrido pérdidas, y habría que indagar por qué ha sido deficitario para el Hospital general y clínico.

A todos los parlamentarios nos han dado una serie de datos que estamos manejando y que no concuerdan. El fondo de la cuestión es que no se trata sólo de financiar, porque no es sólo cuestión de gastos sino de eficiencia, y no hay una correlación entre el gasto y la eficiencia.

Quizás haya habido un problema de gestión porque el incremento de la producción total en el Hospital ha sido de un cuarenta y cinco por ciento y el de la productividad un veintidós por ciento; es decir, un sesenta y pico por ciento, mientras que el gasto del Hospital ha supuesto un aumento de un noventa y seis por ciento. Son unos datos evidentes, con los que no intento hacer crítica alguna, ni mucho menos, sino que los expongo dentro de la preocupación que tengo por la situación de este Hospital. Por otra parte, la reducción de la estancia media es de un 15,1 a un 13,6 por ciento, no a un 12 por ciento, como se ha dicho aquí. Evidentemente, todavía hay una estancia media hospitalaria, que es uno de los indicadores, excesivamente elevada. Todo lo anterior implica la necesidad de un entorno presupuestario mínimamente coherente para que el proceso global vaya acompañado de un control político de objetivos y un control económico sobre la eficacia de la gestión en este Hospital.

Si decimos que no se hace un contrato-programa porque el precio de la UPA es inferior al que se hace a otros centros de la red Insalud, hay que tener en cuenta que las ofertas que se han hecho al Hospital general clínico son exactamente iguales a las que tienen otros centros de su misma categoría, que han logrado reducir, además, la estancia media a niveles de 10,7 por ciento. Entonces, lo que necesitamos saber es cuáles son los problemas para que el Hospital general clínico no pueda aceptar la UPA, y nosotros nos preguntamos: ¿es que hay déficit de la buena gestión hospitalaria para ser capaz de amoldarse a los indicadores hospitalarios que la Administración general del Ministerio de Sanidad es capaz en un momento determinado de ofertar o de proponer? Esta es la cuestión.

Yo quisiera proponer aquí que por ambas partes existiera la buena voluntad de mejorar la situación, que hubiera un discurso de gestión más que un discurso político, que en este momento nos preocupa mucho no sólo

por estar en vísperas electorales sino por muchas otras cuestiones. Repito: el discurso político se debe realizar respecto a objetivos; respecto a gestión hay otro tipo de discurso en estos momentos. Honradamente, creo que es necesario mejorar la gestión de este hospital. Yo, como tantos otros, visitamos el Hospital y vemos que hay desacuerdos internos sobre el modelo de gestión, pero que todo el mundo desea que ese hospital se integre plenamente en la red asistencial, como hospital público que es, y dentro del desarrollo de la Ley General de Sanidad que se adapte a los objetivos públicos que existen en este momento y que procuren mejorar la gestión.

También creo que es necesario que el Ministerio de Sanidad se dé cuenta de que por razones hasta históricas de un hospital que atiende patologías singulares en algún momento y, además, atiende a una serie de islas con muchos problemas insulares que ya se han dicho aquí, han de ser capaces de llegar a lo que todos deseamos, es decir, a tener un hospital de acuerdo con una actividad presupuestaria determinada en que logren hacer ver si hay déficit de gestión, dónde están y cómo pueden mejorar, para que esto no dé lugar a algo que ya ha dicho el señor Mardones y que a todos nos preocupa también, y es que se pueda producir un vacío jurídico en un momento determinado, con elecciones o sin elecciones, que desde luego puede dejar desasistida a una población con unas particularidades tan especiales como es la población canaria en estos momentos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Novoa Carcacia): Para responder a los distintos grupos, tiene la palabra el señor Mendioroz.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD)** (Mendioroz Echeverría): Me van a permitir, señorías, que inicie mi contestación retomando las palabras del Diputado señor Mardones, a pesar de que no es el que plantea la pregunta, porque creo que ha centrado de manera muy adecuada la situación en lo que se refiere al proceso de negociación en estos momentos todavía abierto.

El señor Mardones pedía prudencia y cautela. Yo creo que lo mismo en mi intervención inicial que en todo el proceso negociador hasta ahora realizado, y sobre todo en mis comparencias públicas, hemos ejercido absolutamente esta prudencia y cautela, y creo que efectivamente ninguna de SS. SS. podría aportar unas declaraciones de este Presidente del Insalud o Secretario General de Planificación, en periódicos de difusión nacional o en periódicos de ámbito nacional, exponiendo en público las diferencias que tenemos sobre cuál es la situación del Hospital. No lo hemos hecho así porque entiendo que es un bien mucho más precioso el de la asistencia sanitaria y porque esa prudencia y esa cautela nos es exigible.

Sin embargo, es muy difícil en esta comparencia explicar cuál es la postura del Insalud, cuál es la postura de la Secretaría General de Planificación, sin hacer referencia a algunas de las diferencias que tenemos. Entonces,

me van a permitir que necesariamente exponga alguna de ellas.

En primer lugar, como pedía el señor Mardones, el ofrecimiento de incorporar al Hospital Clínico de Tenerife, con un contrato-programa, a lo que podríamos llamar la red general del Insalud, es un ofrecimiento que parte de la Administración central del Estado. Eso es lo que nosotros proponemos, y lo proponemos así porque es precisamente la única forma de mantener un concierto singular, es decir, dejar de hacer la valoración tradicional en base a estancias y pasar a hacer una valoración en base a los mismos criterios en este caso la UPA que estamos utilizando para los hospitales propios del Insalud.

Por consiguiente, si proponemos ese contrato-programa es por dos razones: para garantizar que efectivamente la calidad de la asistencia que se da es la adecuada y para garantizar también que podemos tener un trato preferencial con el Hospital Clínico de Tenerife, que no podríamos tener fuera del ámbito del contrato-programa.

Ahora bien, esa posibilidad del contrato-programa tiene dos partes y, tal como hemos hecho la negociación de los contratos-programa con el resto de los gerentes de hospitales propios o de los administrados, la discusión sobre el precio es secundaria. Es secundaria no porque sea poco importante sino porque se deriva de la discusión sobre la actividad a realizar por el propio hospital, sobre la calidad de esa actividad y sobre los procesos de gestión que hay que implantar para poder lograr esto. Y eso es precisamente lo que ha sido la discusión de estos últimos meses. Creo que, independientemente de que en estos momentos haya acuerdo o desacuerdo, lo que sí hemos conseguido realmente es una metodología del trabajo conjunta, el tener acceso a una información que ni el hospital tenía del Insalud ni nosotros teníamos del hospital, y, como ustedes saben muy bien, la información es el paso previo a una decisión acertada. Aunque a lo largo de este proceso no hubiésemos hecho más que conseguir esa información, creo que en estos momentos tenemos absolutamente claras las posturas de las dos partes en negociación o en discusión.

A partir de ahí, ¿cuál es la discusión esencial? La discusión esencial es precisamente qué es lo que se integra en esa unidad ponderada de asistencia, en esa unidad de medición de la actividad que es la UPA. Para citar solamente dos datos, en el Hospital Clínico de Tenerife el número de consultas derivadas a partir de una consulta inicial en asistencia especializada es de, aproximadamente, 6,5; el promedio del Insalud es de 2,21 y para este año queremos llegar a 2,18.

Sin embargo, lo que para nosotros es más grave, es que siendo de seis y pico en lo que se refiere a las consultas secundarias, derivadas o subsiguientes para los enfermos de la Seguridad Social, para los enfermos propios del hospital, que los tiene, esa relación entre consultas iniciales y derivadas es de 1,8. Ahí entendemos que hay algo que mejorar.

La estancia media no es que sea del 15,1 por ciento, como decía el representante del Grupo Socialista, es que se trata de 15,1 días, y la estancia media de los hospitales

del Insalud es en estos momentos, para el año 1992, de 9,6. Además, entre nuestros objetivos de gestión para el año 1993 está el reducirla a 9,3 y eso, obviamente, tiene que producirse por una reducción en todos nuestros hospitales. En cuanto a los hospitales del grupo con que hemos querido comparar el Hospital Clínico de Tenerife la estancia media es de aproximadamente 10,3, y los presupuestos iniciales del Cabildo de Tenerife preveían 12,6 para 1992, que no se ha cumplido (está por encima de los 13) y se sitúa en esos mismos niveles para 1993. Por consiguiente, si la estancia media pasa de 10 a 13 días es obvio que la asistencia tiene unos costes adicionales a los que nosotros podemos soportar.

Sin entrar en más disquisiciones, creo que de la continuación de la interpelación del señor Diputado del Partido Popular se deducía un dato muy concreto: que la aportación del Insalud a los presupuestos del Cabildo para el Hospital ha crecido un 147 por ciento y los costes totales del hospital han crecido por debajo del 100 en este periodo que hemos considerado. ¿Qué es lo que quiere decir? Que en estos momentos el déficit que supone el Hospital Clínico para el Cabildo es bastante inferior a lo que le suponía, en términos monetarios, hace cinco años; se ha bajado de 700 millones a unos treientos y pico.

En esas circunstancias, si se ha denunciado el convenio es tal vez porque la rentabilidad política que obtenía el Cabildo de los 700 millones que aportaba no es la misma que la que obtiene ahora, pero es un problema que resulta difícil de valorar por parte de la Administración central, como usted puede entender.

Lo que sí es cierto es que a lo largo de esta época se han tomado determinadas decisiones de gestión, de forma autónoma y en el uso de sus competencias, por parte del propio Cabildo, de las que difícilmente puede achacarse alguna responsabilidad a la Administración del Estado, y ahí existe otro motivo de discusión. Por ejemplo, si se equiparan salarialmente los sueldos de los profesionales, pero en el caso de los hospitales de la red pública para conseguir esos salarios hay que tener la dedicación exclusiva y en el caso del hospital del Cabildo no es necesaria esa exclusividad, es decir, pueden realizar actividad privada, es obvio que los esquemas retributivos son profundamente diferentes aunque estén teóricamente equiparados. Si en nuestros hospitales clínicos sólo se permite un sueldo, sea de la universidad o sea del hospital, y en los hospitales clínicos del Cabildo se permite tener dos sueldos y compaginarlos, es obvio que los costos son diferentes. Si se decide hacer unas inversiones no pactadas en un edificio de la Administración, es obvio que eso va a generar unos déficit.

Finalmente, si hay unos retrasos en el pago de las cuotas de la Seguridad Social que no se avalan o para los que no se solicita aplazamiento, la ley nos obliga, a nosotros, como Administración y como entidad gestora de la Seguridad Social, a no negociar un aumento de tarifas hasta que no se haya resuelto ese problema, lo que origina problemas de tesorería, pero tampoco podemos hacernos responsables de esos problemas de tesorería.

En consecuencia, las diferencias son claramente técni-

cas respecto a qué tipo de actividad está justificada y qué tipo de actividad no lo está y debe ser mejorada.

En el caso de nuestros hospitales, los de la red propia del Insalud, obviamente la discusión se establece con otras características, entre otras cosas, por dos razones: porque tenemos gerentes y porque los gerentes no son nuestros. En este caso la gerencia no es nuestra, lo cual dificulta la toma de posiciones de gestión y, además, desde hace cinco meses no hay gerente en el hospital. Por consiguiente, la discusión del contrato-programa, que se hace esencialmente en base a programas y a compromisos de gestión, es muy difícil realizarla políticamente, y usted me entiende, señor Mardones. Sería muchísimo más fácil llevarla a cabo con un gerente.

Finalmente, quisiera contestar a una pequeña gran cuestión. Si en estos momentos el tercio de la UPA que estamos ofertando al hospital es inferior al de hospitales de su entorno, quiero dejar bien claro dos cosas: primero, que el conjunto de hospitales con el que se iba a comparar al Hospital Clínico fue acordado en la primera reunión, entre las dos partes. Ahí no ha habido ningún tipo de engaño; se sabía desde el principio con qué hospitales queríamos compararlo. Había un acuerdo completo sobre con qué hospitales compararlo. Segundo, lo que ocurre es que en estos momentos éste es el estado final de la negociación. En estados anteriores hemos ofrecido precios más altos, también a costa de compromisos de actividad más serios y de gestión por parte del hospital. Pero tenemos que hacer un «mix» entre compromisos de gestión y de actividad y compromisos de pago.

También quisiera darle dos datos. Usted hablaba de que 1.400 millones de pesetas no merecen la pena si es para poner en entredicho la asistencia sanitaria, y estoy absolutamente de acuerdo con usted, señoría. Lo que sí quiero decirle es que esos 1.400 millones de pesetas suponen un 20 por ciento más con respecto a la oferta que en estos momentos hemos presentado y que representa un incremento adicional del nueve por ciento a lo que se pagó el año pasado. Le aseguro que si discutiéramos con nuestros gerentes en términos de un 30 por ciento de coste de pago real más sobre cada uno de esos hospitales no hubiéramos tenido el menor problema en llegar a los contratos-programa con los gerentes, pero ese 30 por ciento más de presupuesto sobre el del año pasado hubiera supuesto para el conjunto del Insalud aproximadamente 750.000 millones de pesetas más. Y lo que dejamos claro desde el principio de la negociación fue precisamente que lo que pretendíamos era comparar este hospital con los hospitales de nuestra red y tratarlo de la misma manera.

A partir de ahí, de lo que sí estoy convencido es de que habrá acuerdo, y lo habrá antes del mes de octubre, entre otras cosas, porque lo mismo por parte de la Consejería de Sanidad, por la responsabilidad de la que ha hecho gala el propio Cabildo, como por nuestra propia responsabilidad, se llegará a un acuerdo, acuerdo en el que quizá se deje algún fleco pendiente; es posible.

Creo que, aunque me he referido menos a la intervención del Diputado señor Soriano, también he contestado

en buena medida a sus preguntas. Pienso que hemos tenido en cuenta las consideraciones especiales que tiene el Hospital Clínico, pero de las que sólo nos podemos hacer responsables en la gestión hasta donde efectivamente somos responsables, y en la misma medida en que el Cabildo tiene especial cuidado en atender su propio presupuesto, a nosotros nos toca, como Administración central, tener en cuenta el presupuesto global de la asistencia sanitaria en España, no porque sea un presupuesto reducido, sino porque los criterios que tenemos para exigir a nuestros gerentes que cumplan ese presupuesto y que ejerzan medidas de gestión serias son los mismos que tenemos para todos aquellos hospitales que quieran integrarse en este momento.

Voy a darle un dato adicional, señoría. Usted ha hablado de que al principio se hizo —y es verdad— con el Hospital Clínico de Tenerife un convenio similar al que se hizo con la Fundación Jiménez Díaz, con la Concepción. El año pasado sustituimos el convenio que teníamos con la Concepción por otro en el que en vez de hablar del coste por estancia hablábamos del coste por proceso. Para este año esperamos integrar a la Jiménez Díaz en nuestro contrato-programa como otro instituto más. Lo que sí quería decirle es que el haber pasado de coste por estancia a coste por proceso a la Fundación Jiménez Díaz le ha supuesto 891 millones de pesetas menos de los que hubiera cobrado yendo al coste por estancia. Sin embargo, el nuevo coste por proceso le ha permitido a la Fundación Jiménez Díaz llegar a un presupuesto equilibrado. ¿Por qué? Porque al pasar del costo por estancia al coste por proceso y, por consiguiente, no hacer necesario tener durante diez días encamado a un operado de amígdalas, por ejemplo, para poder cobrar las 120.000 pesetas que cuesta la operación, repito, el no necesitar tenerlo encamado y poder hacer esa operación en cirugía ambulatoria, le ha permitido liberar recursos, de tal manera que ha podido ir al sector privado a ofrecer sus servicios y generar recursos económicos adicionales muy superiores a los que ha dejado de percibir provenientes del Insalud por la misma actividad. **(El señor Presidente ocupa la Presidencia.)** El Hospital Clínico de Tenerife también puede realizar esta actividad privada porque sus médicos no tienen la exclusividad y porque, efectivamente, en el territorio en donde trabaja el Hospital Clínico de Tenerife existe la suficiente demanda privada flotante procedente del turismo como para poder aumentar su actividad privada.

Por consiguiente, también la mejora de la gestión y el pago por proceso o dentro de un contrato-programa significaría la liberación de recursos para el propio hospital que podría utilizar para tener otro tipo de actividades remuneradas.

PREGUNTAS:

- **SOBRE CALCULO DEL COSTE REAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (GIU-IC) (número de expediente 181.002142).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, preguntas. Pregunta sobre el cálculo del coste real de los servicios sanitarios, formulada por la señora Maestro, del Grupo de Izquierda Unida.

Tiene la palabra la señora Maestro para formular su pregunta.

La señora **MAESTRO MARTIN**: La pregunta que formulo la verdad es que tiene fecha de 2 de noviembre de 1992, y cuatro meses después no es de las preguntas que quedan vacías de contenido con el paso del tiempo, sino que, al contrario, la preocupación que la suscitó ha aumentado de nivel con la lectura y el conocimiento de los proyectos concretos del Ministerio de Sanidad en torno a la atención primaria, en torno a la elaboración del contrato-programa, en torno a la elaboración del acuerdo cooperativo. La separación entre financiación y provisión de servicios, establecida por Real Decreto en julio de 1992 del Ministerio de Sanidad y Consumo, se basa en la posibilidad de comprar servicios con dinero público, servicios al Insalud o servicios privados, fundada en el coste por proceso, en el caso de la actividad hospitalaria, en la atención especializada, y en la evaluación económica del coste de la actividad en atención primaria, base del establecimiento del acuerdo cooperativo en atención primaria.

Mi preocupación es que del sistema de información que ustedes están utilizando se deduce que los indicadores de evaluación son indicadores de coste del proceso de la atención sanitaria, en ningún caso de impacto de resultado de esa actuación sanitaria sobre la salud de la población, lo cual traduce una actuación fundamentalmente burocrática de los servicios sanitarios, una actuación básicamente curativa, desde el punto de vista del modelo de atención, y un desprecio por actividades preventivas o de otro tipo, o de evaluación de cuál es el impacto real de la actuación de los servicios sanitarios sobre la salud de la población. Me explico. En la evaluación del coste por proceso a nivel hospitalario y en el ahorro que se podría desprender de determinadas actuaciones no se evalúa el aumento real del coste de la atención que hubiera supuesto un alta excesivamente precoz y el reingreso subsiguiente por una infección hospitalaria.

En la evaluación del coste de la atención primaria los indicadores que se están utilizando son exclusivamente asistenciales, de gasto farmacéutico, de gasto en pruebas complementarias, de derivación al especialista, etcétera. En ningún momento se valora, porque no tiene eficacia directa en la disminución del costo, la actuación de medidas preventivas, es decir, el llevar a cabo programas sobre grupos de riesgo, el llevar a cabo pruebas de detección precoz; son gastos que no tienen consecuencias en cuanto a la reducción del costo real porque, evidentemente, es a medio plazo. Es decir, una actuación de una detección precoz de un cáncer de mama puede ser un gasto si se evalúa con criterios a corto plazo; pero, evidentemente, redundará en una mejora de la calidad de vida y en un ahorro económico a medio plazo del sistema sanitario.

La pregunta que yo le formulo es la siguiente: ¿Qué

indicadores de calidad de la atención, qué indicadores de impacto real del proceso, del resultado de la actuación de los servicios sanitarios se están manejando y cuál es el coste de su evaluación, si es que se están llevando a cabo indicadores que tengan que ver con calidad de vida, con mortalidad, con morbilidad; en definitiva, con mejora de la situación de salud, que es el objetivo y la legitimación social de los servicios sanitarios?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Secretario General.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Mendioroz Echevarría): Señoría, me resulta difícil repetir una parte de una intervención mía que ya tuve la ocasión de hacer en mi comparecencia anterior sobre cuál es la realidad del coste por proceso y de su utilización por parte del sistema nacional de salud. Lo que sí quiero decirle de entrada es lo siguiente: la posibilidad por parte del Ministerio o del Insalud de comprar servicios privados sanitarios no viene dada por el Real Decreto de 1992, a pesar de que ese Decreto establece definitivamente la separación entre autoridad y provisión del servicio, sino que viene dada, de antiguo, por las propias leyes de contratos del Estado. Y en todos los casos es obligación obvia de un gestor presupuestario el obtener el mejor rendimiento del dinero público invertido o gastado. El mejor rendimiento quiere decir al mejor postor, pero no quiere decir al postor más bajo, quiere decir al mejor postor. En ningún caso la Administración sanitaria, salvo quizás en algo que podamos hacer en algún momento determinado, en ningún caso la Administración contrata mediante subasta, sino mediante concurso y, como usted sabe, la diferencia esencial entre uno y otro es que en la subasta tendríamos que irnos al precio más bajo y en el concurso podemos valorar toda otra serie de condiciones adicionales. Precisamente en esas condiciones adicionales están obviamente implicadas, en el caso de lo que es la asistencia especializada, aquellas que tienen una relación con la calidad, y lo están desde tres puntos de vista: en primer lugar, como usted sabe, existe una homologación previa de los centros que pueden participar en este tipo de concursos. Obviamente, en esa homologación se han tenido siempre en cuenta los criterios de calidad de la asistencia dada, en primer lugar.

En segundo lugar, cuando el Insalud o el Ministerio contratan un servicio sanitario adicional la responsabilidad del Ministerio o del Insalud no acaba ahí. La responsabilidad objetiva del Ministerio y del Insalud sobre la asistencia prestada con medios ajenos es exactamente la misma que existe sobre la asistencia prestada con medios propios; es decir, en una operación de cataratas hecha en una clínica privada contratada por el Insalud para atender a un paciente de nuestra lista de espera, tiene exactamente la misma responsabilidad el Insalud que si la hiciera en un hospital propio. Por consiguiente, los criterios de calidad que se utilizan son exactamente los mismos.

En tercer lugar, cuando hablamos del coste por proceso en asistencia hospitalaria hay desde luego obvias implicaciones de calidad. En primer lugar, todo lo que se refiere a la formación de los profesionales está incluido dentro de los costes del hospital y, por tanto, en el coste por proceso de ese determinado hospital. Por ello comparamos entre hospitales que tienen baremos de actividad semejantes y por ello hemos tardado bastante tiempo en desarrollar una medida de actividad —la UPA en estos momentos— que efectivamente tiene en cuenta todos estos criterios de lo que además hace el hospital. En consecuencia, la investigación, el tratamiento de patologías determinadas, la formación, son asuntos de calidad que se tienen en cuenta a la hora de determinar los costes por proceso de un determinado hospital; igual que se tienen en cuenta la existencia de programas, como el programa de EPINE o como el programa EPIHOS, que tratamos de poner en marcha este año, que pretende no sólo determinar la prevalencia de determinadas situaciones hospitalarias sino también la persistencia en un momento determinado. Por consiguiente, preocupación por la calidad, toda. Sin embargo, le digo más. Si usted ha seguido anteriormente mi intervención sobre el tema del Cabildo, cuando estamos hablando de que en el promedio de los hospitales de la red del Insalud el número de visitas derivadas de una visita inicial es de 2,21 y ahí era de hasta 6, lo que estamos diciendo es que la calidad de esta visita, en el caso del Hospital de Tenerife, es menor y no mayor curiosamente. Si una operación mal hecha da lugar a un reingreso hospitalario, eso se verifica al ver los costes por proceso precisamente de ese hospital; y cuando se le comparan los costes por proceso, es decir, cuando con los mismos costes desarrolla mucha menos actividad, lo que estamos teniendo es un instrumento para medir, entre otras cosas, la calidad de la asistencia dada.

Finalmente, señoría, creo que hay un problema que es importante, que a pesar de las explicaciones que hemos venido dando sistemáticamente, parece ser que todavía no nos entendemos sobre lo que es el contrato-programa, lo que es el coste por proceso y lo que es la actividad que viene realizando en estos momentos el Ministerio de Sanidad y Consumo para la contratación de la asistencia sanitaria. Para el presente año de 1993 tenemos nuestros 87 centros y algunos añadidos en contrato-programa, en donde se fija absolutamente para cada centro la asistencia que tiene que dar, la calidad de esa asistencia, medida por parámetros como la pervivencia de infecciones hospitalarias o la inexistencia de esas infecciones; medida por parámetros como la estancia media, que no es sólo un parámetro de gestión, sino que es también un parámetro de calidad, porque le aseguro que donde quiere estar el enfermo —si puede— es en su casa y no en el hospital, en el 99 por ciento de los casos; y en ese tipo de contratos-programa repito que uno de los caracteres fundamentales es la calidad de la asistencia dada, y sólo a partir de la medición de la actividad y de la calidad de esa actividad, sólo a partir de ese momento es cuando empezamos a hablar de presupuestos y no antes.

Por consiguiente, en ningún caso se puede acusar ni al

Insalud ni al Ministerio de Sanidad y Consumo de contratar asistencia sanitaria en el exterior sin las garantías determinadas.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, perdone, señor Mendioroz, pero me parece que su ausencia de formación sanitaria le ha impedido entender el alcance de mi pregunta. Yo estoy preguntando sobre la evaluación que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace del resultado de la acción sanitaria, que de ninguna otra manera puede valorarse si no es a través de la evaluación del impacto de la actuación de los servicios sanitarios sobre la salud de la población, y eso se mide con indicadores de mortalidad, con indicadores de morbilidad y con indicadores de calidad de vida. Esos indicadores están ausentes absolutamente del tipo de evaluación que está planteando el Ministerio de Sanidad y Consumo, y eso es grave porque los servicios sanitarios no funcionan bien o mal si se ven más o menos pacientes en una consulta o si se dan de alta más o menos pacientes en un servicio hospitalario; los servicios sanitarios funcionan bien o mal si mejora la situación de salud de la población.

Esta evaluación, señor Mendioroz, se calculaba para el National Health Service, de Gran Bretaña, en 100.000 millones de pesetas, la elaboración del programa de evaluación de la calidad. Aquí se están desarrollando medidas de gestión, aceptando el dogmatismo del funcionamiento del mercado como criterio último de la eficiencia, sin haber tomado medida alguna que garantice la calidad de los servicios sanitarios, y esto es especialmente grave, señor Mendioroz, cuando el acuerdo cooperativo en atención primaria basado en la valoración del gasto derivado de la atención sanitaria asistencial, cuando el ahorro del coste redunde en el incentivo económico para los médicos. Si no hay indicadores de calidad medidos en calidad de vida, en mortalidad, en morbilidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo tendrá la enorme responsabilidad de haber introducido cotas de inseguridad muy altas en el funcionamiento de los servicios sanitarios, por cuanto la población tendrá serias dudas sobre si la no indicación de pruebas complementarias, la no derivación al especialista o la no derivación al hospital dependen de una actuación de calidad o de la necesidad de incentivos económicos por parte de los profesionales sanitarios.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Presidente del Insalud.

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Mendioroz Echeverría): Señoría, me resulta, de verdad, muy difícil contestarle, porque creo que compartimos una preocupación básica por la calidad de la asistencia dada por el sistema público español y porque compartimos también una defensa básica de ese sistema. Pero me da la impresión de que acusarnos de cosas que no hacemos y no tener en cuenta cosas que

hacemos se traduce mucho más en un ataque que en esa defensa que creo que compartimos.

Es muy difícil, por no decir imposible, señoría, ni en asistencia primaria ni en asistencia especializada, medir el resultado de la asistencia por la mejora del nivel de salud de la población, porque, como usted sabe muy bien, señoría, puesto que es una experta sanitaria, por ejemplo, evitar que en la ciudad de Madrid se emitan nitritos o sulfhídrico a la atmósfera puede tener unas consecuencias sobre la salud infinitamente superiores a todo el gasto en asistencia primaria que se hace en Madrid y, por consiguiente, cuando se produce un determinado resultado en un problema tan complejo como el de la salud atribuirlo a una sola causa o a un proceso continuo de causas es muy complicado.

La mejora de la alimentación de los ciudadanos de este país propiciada por el nivel de renta ha tenido sin lugar a dudas una influencia mayor sobre el nivel de salud que la que pueda tener el sistema sanitario, y eso ha ocurrido en todos los países y no sólo en España. Ahora bien, si nos guiamos por indicadores sanitarios, hay indicadores que podemos utilizar, como, por ejemplo, el de la ganancia de la esperanza de vida en los diez últimos años. Hay indicadores que podemos utilizar, como, por ejemplo, el de la disminución de la mortalidad infantil en los últimos diez años, usted los conoce tan bien como yo y sabe que, positivamente, esos indicadores avalan la bondad del tratamiento hecho. Sin embargo, hay un indicador que nosotros estamos pretendiendo utilizar desde el pasado año que es el de la satisfacción de los usuarios del sistema, no de lo que opina la gente que nunca ha pasado ni por un centro de salud ni por un hospital público, sino lo que opinan los usuarios del sistema, y sobre ello venimos realizando, con carácter sistemático desde el año pasado, precisamente porque entendemos que la satisfacción de los usuarios es de verdad el único criterio de medición de la eficacia del sistema público de salud, venimos realizando encuestas desde entonces, para los usuarios de asistencia primaria, para los usuarios de asistencia especializada, para el conjunto de los ciudadanos, que nos permiten comparar cuál es la situación. Y la situación usted la conoce muy bien, señoría. Para el conjunto de los usuarios de la asistencia primaria la valoración de la asistencia recibida es de un 5,8 sobre 7; en la asistencia especializada es de un 5,3 sobre 7, de los usuarios del sistema. Si usted cree que ésa es una opinión generalizadamente mala, me puede permitir señoría que disienta. Creo que es una valoración enormemente positiva. Pero se da más. La valoración positiva es tanto más grande cuantas más veces se use el sistema, y no al revés, y la valoración negativa es tanto mayor cuanto más alejado se está del sistema. Es decir, lo valoran negativamente quienes no han tenido que utilizarlo y lo valoran positivamente quienes sí han tenido que utilizarlo. Es un criterio de medición de la calidad que también estamos utilizando porque creemos que es absolutamente importante y básico hacerlo, porque, como usted sabe muy bien, es precisamente en la atención al paciente de la única forma que se justifica el sistema público de salud.

Finalmente, señoría, sobre el tema del acuerdo cooperativo viene insistiendo en que se traduce en que se va a ahorrar de unos determinados capítulos presupuestarios y se va a distribuir entre los médicos correspondientes. En primer lugar, el acuerdo cooperativo, como hemos tenido ocasión de repetir por activa y por pasiva, trataremos de implantarlo en dos o tres centros con carácter experimental a lo largo de este año haciéndolo compatible con lo que es compatible, es decir con el Estatuto de los Trabajadores, en estos momentos del personal médico-sanitario, etcétera, obviamente con lo que marcan los Presupuestos del Estado, y entre ellos desde luego no está la posibilidad de pasar gastos del capítulo 2 al capítulo 1. Por consiguiente, lo que tendremos que buscar, y es lo que estamos haciendo, son elementos de incentivación que permitan, moviéndose dentro de los actuales sistemas de incentivación, orientarlos de distinta manera y darles más responsabilidad, lo mismo en asistencia especializada que en asistencia primaria, sobre su propio gasto y sobre sus decisiones de sanidad, pero darles más responsabilidad a los profesionales, que entendemos que la tienen y que, por consiguiente, su preocupación fundamental es obviamente la salud de los ciudadanos y no el llevarse más o menos dinero al bolsillo al final de mes. Si fuera ésa su preocupación fundamental, estarían en la asistencia privada, muy digna, y no en la pública.

- **SOBRE DOTACION DE MATERIAL A LOS CENTROS DE SALUD CONSTRUIDOS EN EL BARRIO DE EL BERCIAL Y EN LA COLONIA JUAN DE LA CIERVA DE GETAFE (MADRID). FORMULADA POR LA SEÑORA MAESTRO MARTIN (número de expediente 181/002155).**

El señor **PRESIDENTE**: Pregunta sobre dotación de material a los centros de salud construidos en el barrio de El Bercial y en la colonia Juan de la Cierva de Getafe (Madrid). Formulada por la señora Maestro.

Tiene la palabra la señora Maestro.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Muy concretamente traslado la preocupación de la población que en teoría sería atendida por estos centros y quiero saber en qué situación se encuentran las obras en algún caso y qué previsiones existen para su puesta en funcionamiento.

Según los datos que poseo el centro de salud de El Bercial de Getafe lleva casi un año con las obras paralizadas y su construcción está a punto de finalizar. Es uno de los centros de salud de los que están incluidos en la relación que he dado al señor Conde Olasagasti. El centro de salud de El Bercial tenía una dotación presupuestaria en el año 1992 de 41 millones de pesetas. Debería haber tenido dotación presupuestaria en el año 1993 y no aparece en los presupuestos consignación alguna.

Según mis noticias, sorprendentemente una vez más la empresa constructora quebró. Aunque evidentemente no es objeto de mi pregunta, y cualquiera le produce inquietud pensar con qué empresas contrata el Insalud que

quiebran con una facilidad pasmosa. Esta es una de las muchas que han quebrado a lo largo del año 1992, quiebra que impide el cumplimiento de la fecha de junio/julio de 1992 para la terminación de las obras. La población está siendo atendida con una ausencia de calidad importante. La masificación es una de las características del antiguo modelo de atención ambulatoria, pero que todavía persiste en casi en el 50 por ciento de la población del Insalud no transferido.

En el centro de salud Juan de la Cierva, de la misma localidad, la situación es diferente. Según mis noticias, que pretendo contrastar con la información del señor Presidente del Insalud, las obras fueron terminadas hace dos meses. Sin embargo, no se ha podido hacer la recepción de las mismas por parte del Insalud debido a que a la empresa no se le ha librado la dotación económica acordada. Ese es el motivo, supongo, por el cual no se ha dotado de personal ni de material. Por lo tanto, la puesta en funcionamiento es también una incógnita que pretendo desvelar con mi pregunta.

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

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Mendioroz Echeverría): Señoría, le agradezco una vez más su preocupación por la situación de las instalaciones en construcción o en proyecto por parte del Insalud. Quisiera ayudar a que conozca mejor cuál es dicha situación. Ninguno de los dos centros está terminado. Por consiguiente, no se han podido hacer las obras de equipamiento ni de puesta en marcha. En ningún caso eso quiere decir que el nuevo modelo de atención primaria no esté extendido en Getafe. En estos momentos con el nuevo modelo de asistencia primaria, la cobertura para 1992 en Getafe es del 94 por ciento de la población. La cobertura para 1993 será del 97,8 y equipos de atención primaria en funcionamiento hay 16. Lo que esos equipos de atención primaria no tienen todavía en su totalidad son nuevos centros de salud más eficaces o de mejor calidad que los que tenían hasta ahora, pero los equipos de atención primaria están funcionando y cubriendo el 96 por ciento de la población, que no es exactamente el sistema que existía anteriormente, como S. S. conoce. Con esto nos pasa un poquito como nos ocurría, y perdone que utilice la referencia de una pregunta anterior, con el centro al que ha hecho referencia de Peñaranda de Bracamonte. No tengo la costumbre de inaugurar nuevos centros, pero se da la circunstancia de que el de Peñaranda sí lo inauguré yo el 18 de diciembre del año pasado. Por eso no está en los presupuestos del año 1993. Es decir, está en funcionamiento desde esa fecha.

En este caso concreto, en los centros de salud de Juan de la Cierva y El Bercial, hay algunas incorrecciones en su información. En primer lugar, en el centro de El Bercial la empresa adjudicataria es Todasa y no ha quebrado, está en suspensión de pagos. Por ello, Todasa ha pretendido, de acuerdo con el artículo 58 de la Ley de

Contratos del Estado, traspasar voluntariamente la finalización de la obra a otra empresa que se llama Elsan. Esa petición hecha por la propia empresa Todasa es la que en estos momentos está siendo evaluada por parte de los servicios jurídicos del Insalud para saber hasta qué punto es posible esta traslación y qué tipos de garantías tiene que tomar el Insalud, la más importante de las cuales es quién se hace cargo del aval de las obras correspondientes. Tan pronto como eso esté dilucidado, que esperamos tenerlo en plazo breve, tenemos un presupuesto de dos a tres meses para poder terminar la obra.

En el caso del centro de salud Juan de la Cierva, se contrataron las obras en julio de 1990, por un importante total de 386 millones de pesetas. A partir de febrero de 1991 se acordó con la empresa la realización de una serie de reformados importantes del plan inicial, con el fin de instalar en el mismo centro de salud los servicios administrativos y gerenciales de la zona, los almacenes de áreas y además incrementar la superficie dedicada a las urgencias médicas. Esto significaba un reformado importante del presupuesto inicial y del proyecto inicial, reformado que se cifró en 71 millones de pesetas, ligeramente por debajo del 20 por ciento del presupuesto originalmente acordado, y que fue adjudicado a la propia empresa que había venido realizando las obras hasta esos momentos porque por razones obvias conocía mucho mejor la obra y era quien podía hacerlo mejor dentro de esta limitación que marca la propia Ley de Contratos del Estado. La finalización definitiva de la obra con estos reformados está prevista para los meses de marzo o abril, probablemente más abril que marzo. Una vez que se haga esa finalización y que termine la obra, podremos proceder al equipamiento y a que allí se instalen definitivamente los equipos de atención primaria que ya están trabajando en la zona. Creo que es la información que puedo darle.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Maestra.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Muy brevemente, señor Presidente. Simplemente pretendo que el señor Mendioroz diga si puede garantizar que ambos centros de salud estarán en funcionamiento, a disposición de la población, a lo largo del año 1993.

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

El señor **PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD** (Mendioroz Echeverría): Señoría, yo no le puedo garantizar que siga vivo mañana. Por consiguiente, es difícil garantizar eso. Lo que sí le digo es que la situación de las obras es exactamente la que yo le he dicho; que los presupuestos para la terminación de la obra están incluidos —son cantidades pequeñas— en lo que antes ha llamado el Director General el presupuesto centralizado; que también en ese presupuesto centralizado se incluye el presupuesto para el equipamiento del

centro y su puesta en marcha. Le puedo asegurar que no mi compromiso personal, sino el compromiso del Ministerio y el compromiso del Insalud y la intención de todos nosotros es, por supuesto, que mucho antes de que termine este año estén en funcionamiento esos dos centros.

El señor **PRESIDENTE**: Plantearía a la señora Maestra una disyuntiva: su compromiso de tramitar esta pregunta que queda rápidamente para poder pasar a la comparecencia del señor Ministro, o aplazar la pregunta para otra sesión para que la comparecencia pueda acabar a una hora razonable.

¿Qué es lo que nos garantiza usted, señora Maestra?

La señora **MAESTRO MARTIN**: Acepto la segunda posibilidad, porque realmente preferiría tratar con mayor extensión la pregunta que queda.

El señor **PRESIDENTE**: Entonces aplazamos esa pregunta y ruego que avisen al señor Ministro de que vamos a pasar a su comparecencia. **(Pausa.)**

- COMPARECENCIA DEL SEÑOR MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO PARA DAR CUENTA DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA SELECCION DE LOS MEDICAMENTOS A EFECTOS DE SU FINANCIACION POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, APROBADO EN CONSEJO DE MINISTROS EL 22 DE ENERO DE 1993. A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS IU-IC Y CDS (número de expediente 214/000095).

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, ruego que mantengan el orden en la sala y que se siente todo el mundo. Ya saben los señores cámaras que es normal que circulen por los pasillos periféricos y no se interpongan entre el compareciente y los Diputados.

Iniciamos la comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo para dar cuenta del Real Decreto por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, aprobado en Consejo de Ministros el 22 de enero de 1993, solicitud de comparecencia realizada por Izquierda Unida y el Grupo del CDS.

Está para ello con nosotros el señor Ministro, al que damos la bienvenida y al mismo tiempo le damos la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Señorías, les agradezco esta petición de comparecencia y espero que a partir de ella podamos abordar la política farmacéutica en general, pieza, a mi entender, esencial para la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Me temo, eso sí, que esta comparecencia va a servir a SS. SS. más para recordar que para conocer, pues aquellas que son las líneas básicas de la política farmacéutica en general y de la financiación selectiva de

medicamentos en particular han sido expuestas en esta Cámara en varias ocasiones. A petición propia lo hizo, creo recordar, el Secretario General de Salud el pasado 28 de octubre y aún antes yo mismo lo hice en sucesivas comparecencias ante esta Cámara y esta Comisión.

El Real Decreto por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, aun siendo, como es, una pieza importante, no debiera producir el efecto de ensombrecer o de dejar en segundo plano otros aspectos relevantes de la política farmacéutica, algunos de los cuales considero incluso más importantes. No se piense, por tanto, que el Decreto es un todo sino parte de una política y, sobre todo, como les decía, es una herramienta que bien empleada y bien complementada con otras políticas propias de acompañamiento, a las que luego me referiré, puede permitir que nuestros ciudadanos usen racionalmente los medicamentos y mejoren con ello su salud. Va a ayudar también al necesario reforzamiento de la autoridad sanitaria y va a contribuir a garantizar los derechos actualmente existentes sometiendo el gasto farmacéutico a la razón.

Con carácter previo a la explicación del Decreto, me parece que es necesario dejar claras dos cosas. Después del ruido que he oído últimamente creo que, por lo menos, hay que decir también lo que no es el Decreto, no solamente lo que es el Decreto. Lo primero que tengo que decir es que el Decreto no altera para nada la gratuidad del medicamento para los pensionistas ni los tratamientos hospitalarios. Lo segundo que tengo que decir es que el Decreto es un texto normativo que no es en absoluto independiente, sino que estamos ante un reglamento ejecutivo de una ley. Es decir, estamos ante un Decreto que no se inventa en un momento determinado el Gobierno por razones coyunturales, sino que atiende a compromisos legales previos; compromisos que se alcanzan por aprobación de una ley en esta Cámara, que expresa la soberanía popular. Estamos, por tanto, en el desarrollo legal de un artículo de una ley, concretamente el artículo 94 de la Ley del medicamento, y también en desarrollo de lo previsto por una directiva comunitaria, concretamente por la 105, de 1989. Estamos ante un reglamento ejecutivo, digo, que aplica y desarrolla la Ley del medicamento, para lo que el Gobierno, además de la potestad reglamentaria originaria, goza de una habilitación expresa.

El texto -también hay que decir en tercer lugar- ha sido sometido a trámite de audiencia de los sectores interesados o afectados tal y como prevé la ley, pero quisiera remarcar que este trámite de audiencia no ha sido ciertamente un trámite formal, sino que la trascendencia de esta disposición nos obligaba a un mayor grado de diálogo y a obtener un mayor grado de consenso social. De ahí que junto a la estricta tramitación, según prevé la Ley de procedimiento administrativo, se abriera también, paralelamente, un amplio diálogo con todos aquellos que entendimos que eran personas interesadas o afectadas por la medida. Me estoy refiriendo a la industria, a los sindicatos, a los pensionistas, a los consumidores, a las asociaciones de enfermos crónicos, a las corporaciones profe-

sionales, a las sociedades y asociaciones científicas. El Ministerio acostumbra a no hablar por todo el mundo sino a hablar con todo el mundo. No nos gusta hablar en nombre de nadie, sino que preferimos que sean las personas que representan intereses las que hablen por sí mismas, porque tienen voz, suelen hacerlo y es obligación nuestra escucharles y tratar con respeto esa defensa del interés particular. Pero en ningún caso admitimos su plantar la voz de nadie. No lo hacemos nosotros ni consentimos tampoco que lo haga alguien que no está legitimado para ello. Por tanto, tengo que decir que hemos mantenido cerca de doscientas reuniones, tanto el Secretario General de Salud como yo mismo, con los representantes de los intereses concretos, con la representación corporativa de los profesionales sanitarios más directamente implicados en la prestación farmacéutica, esto es, con los Consejos Generales de Colegios Oficiales de Médicos y de Farmacéuticos, con la representación más específicamente científica de los profesionales, que se constituye a través de las sociedades y asociaciones científicas; a ellas, fundamentalmente, a las que agrupan a médicos especialistas con una mayor relación y repercusión en la prescripción y gasto de la prestación farmacéutica —me estoy refiriendo a medicina familiar, comunitaria, general, etcétera— se les expuso tanto la política farmacéutica del Departamento como todas estas medidas complementarias de acompañamiento a la financiación selectiva a las que luego me referiré.

Se ha hablado también —y mucho— con la representación de quienes con su labor aseguran una mayor calidad en la formación del principal activo del Sistema Nacional de Salud, es decir, con las comisiones nacionales de especialidades y con el pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Se ha hablado con la representación de los consumidores, a través del órgano que lo agrupa, que es el Consejo de Consumidores y Usuarios. Se ha hablado con la representación de los intereses de los enfermos crónicos, de fibrosis quística, celíacos, trasplantados, diabéticos, osteomizados, hemofílicos, etcétera, para abordar la repercusión de la actualización monetaria de la participación en el pago de los beneficiarios no pensionistas en las especialidades farmacéuticas de esta aportación especial, y también para hablar de la ampliación de esta modalidad a nuevos medicamentos indicados.

Asimismo, se ha hablado con la representación del colectivo que mayor peso tiene en el consumo farmacéutico, me estoy refiriendo a los pensionistas, hemos hablado directamente con ellos y no con intermediarios, y hemos hablado con la Unión Democrática de Pensionistas. Con las federaciones de pensionistas de UGT y Comisiones Obreras se ha hablado, y se ha hablado mucho, ha sido un diálogo que ha llegado incluso a la colaboración estrecha en todo el desarrollo de la política de uso racional del medicamento y en cuantas medidas les afectaban.

Se ha hablado con la representación de los trabajadores, es decir, con los sindicatos en su calidad de elementos actores del sistema de Seguridad Social y del conjunto de prestaciones de la misma. Y se ha hablado con la

representación de la patronal, de las oficinas de farmacia —la FEFE—, y de la industria farmacéutica —Farmaindustria— para analizar los problemas de la exclusión de financiación de especialidades farmacéuticas y las repercusiones de esta exclusión en la actividad investigadora.

Por último, se ha hablado con todos y cada uno de los laboratorios directamente afectados por la implantación de las listas negativas en función de la posible repercusión económica. Y no solamente fueron consultados estos agentes o instituciones interesados, también lo fueron las administraciones públicas sanitarias que están integradas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que en su reunión del día 14 de septiembre de 1992 informó favorablemente este proyecto.

Como colofón a este proceso, el texto fue sometido a conocimiento e informe del órgano colegiado, cuya misión —misión fundamental— es asesorar a las autoridades sanitarias en este campo, me refiero a la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos. En ella saben SS. SS. que se integran, junto a representantes de la Administración del Estado y de las administraciones públicas sanitarias en general, los Consejos Generales Oficiales de Farmacia y de Médicos, la industria farmacéutica, los sindicatos más representativos y los consumidores, así como profesionales y expertos.

A partir de estas consultas se formula el Decreto, que como señalaba antes trata de conseguir más salud y reforzar la autoridad sanitaria, garantizando los derechos existentes y asegurando, por otra parte, la consecución de una serie de objetivos. Uno, cumplir las exigencias previstas en la Directiva comunitaria sobre precios y financiación pública de medicamentos. Dos, establecer los criterios objetivos que nos van a permitir seleccionar los medicamentos que van a ser financiados con fondos públicos. Tres, racionalizar el uso de los medicamentos a través de una financiación selectiva que vamos a priorizar en función de la trascendencia, gravedad y duración de las patologías. Y, cuatro, habilitar una fuente de información orientadora para la propia industria farmacéutica con una idea de futuro, y que sirva también como instrumento de negociación permanente, además, con el sector farmacéutico.

Para alcanzar estos objetivos, en desarrollo del artículo 94 de la Ley, hemos separado el registro de la financiación, y a partir de él vamos a crear un mercado más transparente y más competitivo. Desde ahora, señorías, se van a financiar todos los medicamentos que tengan una relación directa con la salud, sin límite alguno. Pero también es verdad que para ello vamos a dejar de financiar los que carezcan de esa relación directa, bien sea, como previó la ley, destinados a síntomas o enfermedades menores, bien sean cosméticos, dietéticos y productos de régimen, bien sean suplementos alimenticios, anabólicos o productos antiobesidad o los destinados a higiene o síntomas dermatológicos.

Quiero resaltar a SS. SS. que los criterios esenciales con los que se ha elaborado la lista son, en primer lugar, el mantenimiento de todos los principios activos dentro de la financiación pública y, en segundo lugar, el compromi-

so de que la lista fuera informada por la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos. Tengo que decirles -porque es bueno que se sepa- que esta Comisión informó favorablemente esta lista por unanimidad.

El Decreto regula, por otra parte, la exclusión individualizada de especialidades farmacéuticas teniendo en cuenta los criterios que establece el artículo 94 de la Ley del Medicamento, esto es, la gravedad la duración, las secuelas de las distintas enfermedades, las necesidades de ciertos colectivos, la utilidad terapéutica y social del medicamento, la limitación del gasto público, que está destinada a la prestación farmacéutica, la existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas que sean mejores o iguales para estas mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento. En todo caso se exige que al menos haya transcurrido un año desde su inclusión en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social y que haya informado a este respecto la Comisión nacional para el uso racional de los medicamentos. El Decreto prevé también la exclusión individualizada de especialidades farmacéuticas en el mismo momento de la autorización, del registro, en función de estos mismos criterios a los que acabo de referirme.

En otro orden de cosas, el Decreto procede a la actualización y ampliación de la lista de medicamentos de aportación reducida por los beneficiarios y asimila las exclusiones previstas en especializadas farmacéuticas para las fórmulas magistrales que se disponen con cargo a la Seguridad Social.

En definitiva, el Real Decreto dispone, como objetivo fundamental, la separación del registro de la financiación, aprueba una lista negativa de medicamentos y otorga, sobre todo a la autoridad sanitaria, la capacidad para en todo momento optar por el mejor producto al mejor precio posible.

Pero siendo importante esta norma, no es, como decía antes, un fin en sí misma, ni agota el contenido de la política farmacéutica, porque la política farmacéutica se caracteriza por exigir, en lo que tiene que ser su aplicación, el desarrollo de unas políticas de acompañamiento que entran en el ámbito de modernización de la Administración y son, fundamentalmente, la participación, la investigación, la formación e información, la educación y la inspección.

Me voy a referir, muy brevemente, a cada una de estas políticas de acompañamiento.

La primera es la participación. Esto es así porque estamos persuadidos de que esta política es posible si se consigue una confluencia de voluntades respecto de un fin concreto. Cuando antes comentaba cuál había sido el proceso de elaboración de este Decreto creo que di muestra de la importancia que el Ministerio otorgaba a la intervención de todas las personas o de todas las instituciones en la aplicación y desarrollo del conjunto de directrices que configuran la política farmacéutica.

Participación, pues, que va a seguir con todos los incluidos en la cadena de farmacia: con los laboratorios, porque se pretende conseguir un acuerdo que permita un crecimiento del gasto farmacéutico compatible con el

Programa de Convergencia, que prevé que a partir de 1997 el crecimiento sostenido ha de ser, aproximadamente y en términos actuales de inflación, del 7 por ciento; con los profesionales, a través de acuerdos cooperativos; con las oficinas de farmacia, con las que habremos de abordar también distintos asuntos que afectan a la dispensación del medicamento, y con los consumidores, con los que se trabaja directamente en las campañas informativas sobre el uso racional y en toda la política de educación sanitaria.

En segundo lugar, hablaba de política de investigación porque en el Ministerio entendemos que ésa es la garantía del nexo causal que tiene que haber entre el medicamento y la consecución de más salud. Y no es una casualidad tampoco que en la reestructuración última del Ministerio se haya creado la Dirección General de Ordenación de la Investigación, porque bajo su dirección se pretende que las estructuras asistenciales colaboren en la promoción de la innovación terapéutica y lograr así, dentro del plan de I+D farmacéutico, un nuevo pacto de investigación con la industria. La cuestión es que entendemos que la investigación se tiene que hacer desde la política de autoridad y no desde la política del precio del medicamento. El precio del medicamento debe seguir la regla del mercado, mientras que la política de investigación es una política relevante desde el punto de vista de las necesidades de salud que tiene que atender el Ministerio. Por tanto, no podemos dejar simplemente que sea un mercado irregular, un mercado no transparente el que financie los costes de investigación, sino una política decidida que oriente la investigación a la consecución de unos objetivos de salud.

La política de formación e información es garantía de la buena prescripción. Simplemente con esta política de formación e información se puede conseguir mejorar el estado de salud de la población a través de una más correcta prescripción. Y señorías, tengo que decirles que la libertad de prescripción está en íntima relación con lo que es el conocimiento, porque normalmente es más libre quien más sabe. El conocimiento es el que nos llevará, sin duda, a una prescripción mucho más libre. En este sentido, la política farmacéutica está, además, en contacto personal e íntimo con las nuevas fórmulas de incentivo que nosotros queremos desarrollar en el Sistema Nacional de Salud con los propios profesionales.

De los mecanismos con los que se va a contar inmediatamente, de los que ya se han mencionado los acuerdos corporativos, me quiero referir también a la formación continuada de los profesionales, con quienes directamente se están elaborando guías farmacoterapéuticas de consenso. Esta misma semana va a haber una reunión con las comisiones de especialidad precisamente para este tema. Dicho trabajo, cuyas primeras experiencias son muy positivas, se está realizando en estrecha colaboración con todos los organismos interesados, pero fundamentalmente con las sociedades y asociaciones científicas, y va a tener su particular encuentro y desarrollo con la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, que será el

punto de encuentro entre la medicina y el estado de la ciencia.

En definitiva, es importante la educación, porque solamente si se convence, si se influye sobre la cultura en el hábito, en los comportamientos de las personas, va a ser también posible un uso más apropiado del medicamento que evite sus efectos yatrogénicos.

Por último está la política de inspección, porque parece claro -y siempre debe ser así, en función del interés general que defiende la autoridad sanitaria- que esta función de policía ha de garantizar que la prestación farmacéutica se realice de forma acorde con los requisitos y finalidades que se propone cumplir. Esta función tiene siempre que ser mantenida, tiene incluso que ser reforzada para poder desarrollar actuaciones de comprobación de la correcta utilización de la receta, de la reforma del procedimiento de visado, de restricción y control de las visitas médicas, de optimización de los procesos de control de facturación y también de actualización de los procesos sancionadores.

Señorías, hasta aquí les he hecho una síntesis de lo que para mí significa la política farmacéutica al hilo del Decreto de financiación selectiva de los medicamentos. Política ésta, a mi entender, que es emblemática, que es paradigmática del Departamento, pues en ella coinciden los tres objetivos del Ministerio de Sanidad y Consumo: más salud, más solidaridad y mejores cuidados. Y también porque su desarrollo, porque su correcta aplicación nos obliga, por una parte, a que estén presentes todos los protagonistas del mundo sanitario, desde los médicos a los consumidores y, por otra parte, porque exige el reforzamiento de la autoridad sanitaria, para que ésta pueda, siempre y en todo caso, dar cumplimiento a la obligación constitucional de garantizar a todos los españoles el derecho a la protección de la salud.

El señor **PRESIDENTE**: Por parte de los grupos proponentes, en primer lugar tiene la palabra la señora Maestra, del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Ministro, gracias por su comparecencia. Evidentemente, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, junto con el CDS, solicitó su presencia en el Congreso de los Diputados porque el Real Decreto, al ser desarrollo de la Ley del Medicamento, entraría en vigor sin que hubiese ocasión de debatir una medida que, intentaré demostrar a lo largo de mi intervención, no cumple los objetivos que el Ministro ha dicho perseguir, carece de criterios razonables desde el punto de vista técnico, puede suponer una agresión a derechos sociales duramente conquistados, como voy a demostrar también, y porque, como decía al principio, técnicamente se le puede calificar de chapuza.

El señor Ministro habla de que uno de los objetivos de la política del medicamento, y en concreto del Real Decreto, es el uso racional del medicamento. ¿Cómo puede decirse que el Real Decreto persigue el uso racional del medicamento cuando persiste la financiación por parte

de la Seguridad Social y, por supuesto, en el registro, de medicamentos reconocidos como absolutamente inútiles para las indicaciones terapéuticas que se consignan en las indicaciones, como son los vasodilatadores periféricos y los oxigenadores cerebrales? La persistencia de la financiación pública de este tipo de medicamentos descalificaría por sí sola el Real Decreto en su objetivo de uso racional del medicamento.

Además, desde el punto de vista del desembolso, estos medicamentos inútiles son el 15 por ciento del gasto farmacéutico de la Seguridad Social, es decir, más de 100.000 millones de pesetas al año tirados por la ventana y que el Real Decreto sigue contemplando. Sin embargo, excluye de la financiación de la Seguridad Social, y excluye para los pensionistas, es decir, excluye para todos, principios activos útiles, como los desinfectantes y anti-sépticos. Serán para síndromes menores, pero son indispensables y son útiles. Cuando el 74 por ciento de los pensionistas en España tienen pensiones por debajo del salario mínimo, ¿cómo va a financiar el antiséptico indispensable, por ejemplo, para la limpieza de llagas de enfermos largamente encamados, o para la desinfección de heridas ocasionadas por dificultades en la cicatrización de los diabéticos?

¿Qué va a pasar con los laxantes? Se excluyen los laxantes de la financiación de la Seguridad Social, y si bien no desconozco que puede haber un uso indebido de los mismos, es absolutamente impropio eliminarlos de la financiación cuando, por ejemplo, usted sabe que los enfermos tratados con opiáceos, es decir, todos los enfermos terminales de cáncer, que son unos 50.000 al año, necesitan laxantes, porque el opiáceo produce, como efecto secundario cierto, un estreñimiento crónico.

¿Qué va a pasar con los polivitamínicos? ¿Qué va a pasar con los antiácidos? ¿Qué va a pasar con los medicamentos que se excluyen? Porque el criterio, que usted no ha mencionado porque es muy poco presentable, es excluir medicamentos para síndromes menores y baratos. ¿Pero qué va a hacer un médico cuando tenga que prescribir un antiácido y no tenga antiácidos? ¿Qué medida va a tener el Ministerio en la mano para garantizar que no se haga, en mayor proporción de la que ya se hace, el utilizar antiulcerosos de altísimo coste como antiácidos? ¿Qué va a pasar cuando un médico tenga que prescribir un antigripal que no tiene? ¿Cómo va a controlar el Ministerio que ese médico, para no enfrentarse con el paciente, prescriba un antibiótico inútil y contraindicado en el caso de la gripe?

Sabe el señor Ministro, porque además desde Farmaindustria se lo han dicho y porque existe la experiencia en otros países, que el gasto farmacéutico aumenta cuando hay listas negativas, porque el médico no deja de prescribir, no dice al paciente que se vaya a su casa o se lo compre, no se lo dice al pensionista o a la persona con pocos recursos, sino que le da otra cosa que sí que está financiada por la Seguridad Social, en la mayor parte de los casos más cara y menos indicada. ¿Es esto uso racional del medicamento? ¿Es este el uso racional del medicamento que defiende el Ministerio de Sanidad?

Por otra parte, usted sabe que la eliminación de la financiación de la Seguridad Social es requisito para introducir las especialidades que se dejan de financiar en la vía publicitaria. ¿Entiende el señor Ministro que la publicidad de medicamentos incrementa el uso racional de los mismos? Yo estoy convencida de que no; al contrario, esa publicidad induce a una automedicación que está contribuyendo al uso del medicamento como un elemento de consumo, peligroso para la salud, con efectos secundarios, que ocasiona un cinco por ciento de las urgencias hospitalarias, que produce muertes al año, y en el 50 por ciento de los casos el medicamento que originó la muerte estaba mal indicado.

Por tanto, señor Ministro, las exclusiones aumentan el gasto, dejan fuera de la financiación medicamentos para síndromes menores, pero necesarios, útiles, y en algunos casos indispensables, que afectan a todos, incluidos los pensionistas.

Quiero continuar con la aportación reducida de medicamentos. ¿Cómo van a implementarse medidas que se anuncian? Sé que, por ejemplo, medicamentos muy caros, como la Calcitonina, que cuesta unas 15.000 pesetas, se están prescribiendo mal, y en el Real Decreto se dice que exclusivamente se dará para la enfermedad de Paget. Como usted debe saber, y como sabemos los que venimos de la profesión sanitaria, la enfermedad de Paget se produce entre la séptima y la octava década de la vida y tiene una incidencia muy baja. A mí me es difícil imaginar personas que entre la séptima y la octava década de la vida estén en activo todavía. La inmensa mayoría son pensionistas y, evidentemente, la mala prescripción de la Calcitonina para la osteoporosis no tendrá ningún tipo de control, porque solamente se elimina en el caso de aportación reducida, que no afecta a esos pensionistas. Por tanto, para las personas con osteoporosis, que estarán en su mayor parte jubiladas y cobrando pensiones, no va a haber ningún tipo de control para la mala prescripción de la Calcitonina.

¿Cómo va a garantizar el Ministerio que solamente se usa la Rifampicina para la lucha antituberculosa? ¿Qué tipo de medidas de control va a tener para garantizar eso? Por ejemplo, ¿cómo se justifica que solamente estén incluidos en aportación reducida los corticoides por vía inyectable, por vía intramuscular? ¿Por qué, cuando la administración de corticoides por vía oral supone la misma calidad de prescripción, son menos recursos sanitarios los que se implementan para esa administración si las encuestas dicen que hay mayor eficacia de tratamiento en los corticoides por vía oral?

Lo mismo que los broncodilatadores. ¿Por qué solamente por vía inhalatoria y no por vía oral? ¿Por qué solamente están en aportación reducida los analgésicos potentes, es decir, la morfina para vía oral, cuando hay otros medicamentos para el tratamiento del dolor, como la codeína, la hidrocódeína, la metadona, etcétera, que no están incluidos en aportación reducida? ¿Por qué se excluyen otras patologías? ¿Puede el Ministro explicarme por qué no están incluidos los medicamentos utilizados en las enfermedades de transmisión sexual, uno de los

problemas de salud más graves que hay en España y en otros países, como, por ejemplo, la sífilis? ¿Por qué la penicilina no está incluida en la aportación reducida? ¿Por qué los medicamentos para el sida no están incluidos en la aportación reducida? ¿Por qué los antiinflamatorios no esteroideos que se usan en el tratamiento de las enfermedades reumáticas crónicas no están incluidos? ¿Por qué los hipolipemiantes para el tratamiento de la hipercolesterolemia no están incluidos? ¿Por qué los antidepresivos sí y los ansiolíticos no?

En definitiva, ¿cuántos tipos de receta va a tener que utilizar un médico de atención primaria? ¿La receta de pensionista, la de aportación reducida, la normal, la que se supone que controlará el tratamiento de la Calcitonina y de los antituberculosos?

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Voy terminando, señor Presidente.

Finalmente, ¿por qué va a haber que pagar el 40 por ciento de los métodos de contraste para pruebas radiológicas? Sé que se dice que para evitar su indicación en la medicina privada. ¿Pero por qué no simplemente se dan en los hospitales y en los centros de radiología? ¿Por qué la persona va a tener que pagar una parte de la prescripción de una prueba cuya decisión no ha corrido a su cargo?

Señor Ministro, el Real Decreto señala una ausencia de criterios claros, que desde el punto de vista técnico y científico es asombrosa y que me produce graves y serias dudas sobre la calidad de los criterios por los cuales el Ministerio se guiará a la hora de incluir o no futuros medicamentos en la financiación de la Seguridad Social.

Los elementos fundamentales que hacen que la sanidad pública española esté en manos de la industria farmacéutica no se modifican en absoluto. Usted sabe que don Félix Lobo, ex Director General de Farmacia, auguraba un brillante porvenir a la industria farmacéutica con este Real Decreto. Evidentemente, los grandes intereses de la industria farmacéutica no están afectados. No se toma ninguna medida para controlar el escandaloso gasto en publicidad de los laboratorios farmacéuticos, que llega, en lo que yo conozco, hasta el 38 por ciento del coste total del producto. No se toma ninguna medida para impedir que ocurra el despilfarro de envases que se está produciendo en el uso de algunos medicamentos. Por ejemplo, en los antibióticos por vía oral, para llevar a cabo un tratamiento bien prescrito hace falta comprar dos envases y sobran las tres cuartas partes de uno de ellos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, termine, por favor.

La señora **MAESTRO MARTIN**: No se toma ninguna medida para introducir el criterio de necesidad en el registro de fármacos; no se toma ninguna medida para

avanzar en la distribución de medicamentos en los centros de salud, como prevé la Ley del Medicamento y la propia Ley General de Sanidad; no se toma ninguna medida, en definitiva, para impedir que la sanidad pública, y en concreto la política farmacéutica, esté en manos de las multinacionales, y conste que no lo digo por un criterio político, que es una cuestión que no pretendo introducir en este debate, sino por el enorme encarecimiento artificial de la factura farmacéutica que introducen los precios de transferencia.

En definitiva, señor Ministro, porque los objetivos políticos que dice perseguir no se cumplen, sino todo lo contrario, incrementarán el uso irracional del medicamento, se incrementará la factura farmacéutica, independientemente de las necesidades de salud, y porque técnicamente el Real Decreto es una chapuza es por lo que Izquierda Unida solicita su retirada.

El señor **PRESIDENTE**: Por el otro Grupo proponente, el Grupo del CDS, tiene la palabra el señor Díaz Aguilar.

El señor **DIÁZ AGUILAR**: En primer lugar, quiero dar las gracias al señor Ministro por la asistencia a esta comparecencia, pedida en parte por nuestro Grupo, aunque con una intencionalidad bien diferente de la expuesta hasta este momento.

Nuestro interés consistía en que en su comparecencia nos explicase un poco más el desarrollo, porque enunciar lo que ya sabíamos desde el 22 de enero y que había sido publicado no era exactamente nuestro deseo. No obstante, creí que se iba a entrar más en un aspecto que casi no se ha tocado, en el aspecto asistencial no hospitalario y sí ambulatorio, aunque sabemos que está en vías de desaparición. Por ejemplo, yo procedo de una provincia donde el Insalud no está transferido y procedo de un centro de especialidades.

Por consiguiente, la Ley del Medicamento aboga por una cosa en la que todos los médicos estamos de acuerdo. Supongo que todos estamos de acuerdo -también la señora Maestro- en que los medicamentos hay que usarlos racionalmente. Pero esa racionalización del uso del medicamento no está en una ley, ni puede estar en nada que esté escrito, tiene que estar en la conciencia del médico, en su tiempo y en el uso del medicamento que haga el médico en el momento de la prescripción. Y sobre ese aspecto se ha pasado un poco de largo. Porque es fundamental que el médico -que es el que va a hacer la prescripción y que es el que va a tener que limitar en conciencia su arsenal terapéutico a unos dictámenes mandados por decreto- dispone de poquísimo tiempo -y le hablo por experiencia- para la diagnosis de un enfermo. ¿Y qué es lo que hace este médico la mayoría de las veces, que se ve compelido por una fuerza, que es la del enfermo, que viene con unas exigencias enormes y él en conciencia debe hacer lo mejor para recetar? Probablemente receta con abuso. Y esto es lo que habría que solucionar en primer lugar. Antes que limitar las prescripciones (que eso debe corresponder a la formación continuada del

médico, para estar en pleno conocimiento de los últimos avances) tiene que solucionarse el método de diagnóstico, porque no se puede tirar con un obús cuando se puede matar con un perdigón. Esto es así, se ve en cualquier ambulatorio. Se ve cómo se utiliza un antibiótico de amplio espectro cuando podría usarse, si se hubiese aquilataado el proceso, uno muchísimo más barato y más exacto. Y en muchísimas otras cosas pasa igual.

Nosotros habíamos pedido esta comparecencia, señor Ministro, para que nos aclarase y nos pormenorizase el Real Decreto. Creo que no lo ha hecho totalmente; se ha limitado a leérselo. Hay muchas cosas que hay que tomar en consideración de las que ha dicho la señora Maestro; hay algunas que, en mi criterio particular, son exageradas, pero hay otras que entran dentro de lo verdadero, de lo fiable. Se van a presentar algunas situaciones concretas y debemos esperar a que se vaya desarrollando el reglamento, del que usted dice que es parte este Real decreto.

Nada más.

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

Ruego a los señores intervinientes, en consideración a la hora, que procuren no apurar los diez minutos de tiempo de que disponen como máximo; les ruego que intervengan por debajo del tiempo máximo.

Tiene la palabra el señor Cartagena.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Por lo que ha dicho el señor Ministro, poco menos que este Real decreto es el fruto laureado, la consecuencia inevitable de decisiones anteriores de esta Cámara y de las directivas europeas. Alude al consenso, habla de unanimidades, y yo, cuando menos, me planteo la duda de que esas unanimidades se den en el conjunto, en la valoración del sistema. Puede que se den sobre la visión sesgada y precisa que de la política farmacéutica ha hecho el señor Ministro. Y mucho más si tales unanimidades se han conseguido a través de la memoria claramente intencionada que el Ministerio presentó al Consejo Interterritorial del Insalud.

Efectivamente, han surgido críticas a este Real decreto. Se ha dicho que era un Real decreto economicista, y nosotros creemos que lo es; que alberga reducciones o al menos limitaciones en las prestaciones del sistema y, desde luego, un incremento del costo para el beneficiario, y nosotros creemos que es así; que roza la libertad de prescripción, haciendo un análisis fino de sus contenidos en tanto en cuanto diferencia lo registrado con lo que es prescriptible o no por los facultativos; crea nuevas dificultades para la competitividad de la industria farmacéutica española y pueden tener razón los que dicen que tiene cierto corte antisocial. Cuando se habla de esos fármacos menores hay datos de que los mayores consumidores de esos fármacos llamados menores o para síndromes menores, se encuentran en los de mayor necesidad de la sociedad española.

En el Real Decreto se habla de unas exenciones, pero

no son precisamente las homologables a nuestros socios en la Comunidad Económica Europea. Desde luego, no atiende a las causas de la sobreprescripción y sí restringe y encarece la prescripción.

Cuando se habla del artículo 2.º, que recoge las especialidades farmacéuticas excluidas, se plantea una serie de interrogantes. Los criterios no son muy claros y cabría pensar si estas especialidades farmacéuticas se restringen porque son de alto consumo, y abundaríamos en la tesis del economicismo, o si se restringen porque son de dudosa eficacia. Y si son de dudosa eficacia ¿por qué están registradas como fármacos por el Ministerio? ¿Se han quitado o se quitarán estas especialidades farmacéuticas para incluir otras más caras que se pretende que sean consumidas en menos cantidad? Lo cierto es que en las exclusiones aparece un conjunto de fármacos que están clasificados como los de mayor consumo en número de unidades, dentro de nuestro sistema y, en segundo lugar, en el valor de tales prescripciones. Se trata de un conjunto de fármacos que otros intervinientes ya han señalado, criticando los contenidos de las exclusiones.

En el mismo decreto y avanzando hacia el artículo 3.º se establece lo que yo decía de un aparente, por lo menos, déficit nuevo con el que se tendrá que enfrentar la industria farmacéutica, y en esto contradigo al primer interviniente en esta sesión, la señora Maestro. No se puede hablar de que una industria farmacéutica incentivada por el propio Ministerio para el I+D, intentando hacer un gran esfuerzo de competitividad en el marco europeo, pueda tener el mínimo horizonte de rentabilidad de sus actuaciones, cuando en ese artículo se recoge que al año de estar incluidos en las listas positivas pueden decaer. Me parece que lejos de estar ayudando a la industria farmacéutica se la «recompensa» -entre comillas- con un nuevo inconveniente ante su ya conflictiva situación.

Ha mencionado la directiva europea y, efectivamente, en la Directiva europea 105/1989 se podría enmarcar esta medida, pero no es menos cierto que esa directiva europea también se refiere a otros sistemas, a otras organizaciones de mayor eficiencia que la nuestra, con porcentaje de gasto farmacéutico inferior y, desde luego, con un índice de satisfacción en sus usuarios muy superior al nuestro.

En el artículo 4.º se hace referencia a ese tipo de preceptos, con la publicación anual de las renovaciones que se vayan a producir.

Llamo la atención, y creo que es una de las críticas más importantes, sobre los contenidos del artículo 5.º, cuando se establece que la aportación supondrá el 10 por ciento del precio de venta al público, con un límite de 400 pesetas, y plantea la exención para los pensionistas.

El anexo 2.º, que concuerda con este artículo, vuelve a señalar otro conjunto de fármacos, que me permito recordar a la Cámara que es el segundo en el orden de gasto farmacéutico en nuestro país, según las unidades consumidas, pero el primero en el valor económico. Insisto en que son numerosos fármacos que ya han sido descritos.

Sin embargo, en nuestra opinión, el tema de las exen-

ciones nos coloca en clara divergencia social con nuestros socios europeos.

En la memoria a que antes me he referido se recogían -insisto, de manera intencionada y algo sesgada- relaciones de parámetros aplicables o extraídos de los sistemas de salud europeos. Cuando se dice que en Alemania hay un gasto farmacéutico, en relación con el gasto sanitario, del 19,5 y un gasto farmacéutico, en relación con el PIB, de 1,22, se incluye -porque ahí es verdad- que hay una exención para los menores de 18 años. En Italia están exentas las rentas más bajas, según la memoria, insisto, señor Ministro, con un gasto farmacéutico en relación al gasto sanitario del 16 por ciento y un gasto farmacéutico respecto al PIB del 0,82. Se recogen en esta memoria las exenciones que en el Reino Unido se practican y son los menores de 18 años, son las rentas bajas, son las embarazadas, son los desempleados, los que están exentos de la aportación del beneficiario.

En España estamos en un gasto farmacéutico relativo al gasto sanitario total del 19,1, según sus datos, datos que siempre hemos discutido desde el Partido Popular porque lo que hacen es no imputar los famosos agujeros (que si los imputamos en esa relación, en ese gradiente, nos da un costo farmacéutico muy inferior al que dice el Ministerio, en torno al 17 por ciento) y mantenemos un gasto sanitario con respecto al PIB del 0,82.

En nuestra opinión, con este Decreto avanza la divergencia social en relación con nuestros socios europeos. Porque hay que plantearse cómo se explica que países como los que he relacionado, con exenciones mucho mayores, tengan un gasto farmacéutico relativo al gasto sanitario inferior. Cuando menos esto debería hacer meditar al Ministerio. Lógicamente la diferencia está en la organización del propio sistema y en la calidad de la asistencia primaria que, por cierto, también en nuestro sistema pierde peso en relación al gasto sanitario, disminuye progresivamente nuestro gasto en asistencia primaria incluido farmacia, claro, respecto al gasto sanitario global del sistema.

Y es que, señor Ministro, nosotros no estamos de acuerdo en que la política de contención o de transformación del sistema se pueda hacer con esta visión parcial y sesgada. Porque los orígenes de la sobreprescripción no está, como se ha relacionado aquí, en que se disponga de este fármaco o de aquél o que éste sea más caro; eso tiene que ver, pero no es la razón absoluta. Incluso el Congreso de Médicos Socialistas decía hace bien poco que son razones de tipo urbanístico y de estructura poblacional, que son razones que aluden al índice de paro en la zona o la circunscripción concreta, que tienen mucho que ver los padecimientos estacionales, que tiene que ver muchísimo la accesibilidad a los servicios sanitarios y, por tanto, el modelo organización-opción, que tiene mucho que ver la suspensión de los actos quirúrgicos, las listas de espera y las demoras en las pruebas diagnósticas.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Cartagena, vaya terminando.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Déme un minuto, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, pero sólo un minuto.

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Por tanto, y lo digo de manera muy sintética porque quiero responder al ruego de la Presidencia, estaríamos de alguna manera hablando de un nuevo impuesto -así, muy entre comillas-, esta vez sobre la salud, a pagar por aquellos enfermos, como hemos dicho gran grupo de los digestivos y cardiovasculares, que tienen dos opciones: o quedan persuadidos de que es mejor para ellos no tomar medicinas o, por contra, han de pagar por su salud un poco más de lo que ya vienen haciendo a través de su cotización al sistema.

Nosotros entendemos, señor Ministro, que es un Real Decreto apresurado en el conjunto de las medidas de la necesaria reforma sanitaria. Demasiada prisa en restringir antes de actuar sobre el modelo de organización generador de los mayores costos y agujeros de nuestro sistema. Más prudente sería abrir el sistema a las opciones tipo Muface, entidades colaboradoras, etcétera, de menor gradiente, también en costo farmacéutico. El gasto farmacéutico por persona, incluidos pensionistas, es más bajo también en estas modalidades indirectas o colaboradoras.

En nuestra opinión, respecto a un modelo de competencia pública desde el gradualismo podríamos hablar, como hemos hecho tantas veces, de lo fundamental, que es la estructura del modelo y en relación con la opción.

De poco va a servir, en nuestra opinión, que la asistencia primaria introduzca en los presupuestos farmacoterapéuticos los perfiles farmacoterapéuticos, los contratos cooperativos, las comisiones y la creación de los asesores de farmacia si no se modifica profundamente este escalón asistencial hacia la libertad de opción, y demostrado está incluso en nuestro país con los 3.500.000 ciudadanos que se benefician ya de este sistema; si no se abre hacia la opción que produce mayor eficiencia, menor gasto farmacéutico y mayor satisfacción en los usuarios, no estamos atendiendo a las causas fundamentales.

Termino, señor Presidente.

En coherencia con lo aquí expuesto, sin estridencias pero con toda firmeza, señor Ministro, en defensa de los beneficiarios del sistema público, de la competitividad de la industria farmacéutica española y del sentido común, en definitiva, mi Grupo parlamentario reitera lo ya expresado por don Enrique Fernández-Miranda, en representación del Partido Popular, en el sentido de que el Ministerio debe retirar, posponer este Decreto y buscar la eficiencia del gasto cambiando el modelo asistencial con medidas profundas y serias y no por la vía de la restricción y el aumento de costo para el beneficiario del sistema público de salud. Frente al economicismo nosotros lo que buscamos y pedimos es la transformación del sistema. Frente a la limitación a la prescripción...

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

El señor **CARTAGENA TRAVESEDO**: Cumpló mi palabra, señor Presidente. Ya termino.

Frente a la restricción en la prescripción, entramos en la verdadera racionalización del uso de los fármacos, que viene por las medidas que varíen el modelo y no por la vía de la limitación que pretende este Decreto.

Por tanto, señor Ministro, reiteramos que es prudente, desde nuestro punto de vista, que pospongan el desarrollo de estas leyes que usted decía por la vía de este Decreto y se lo vuelvan a pensar. Los costos sociales son más altos que las ventajas que ustedes plantean a través de este Decreto.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Gracias, señor Ministro, por su información.

Desde los primeros debates respecto al Informe Abril, mi Grupo ha venido animando al Ministerio para que tomase medidas de este tipo que nos llevasen a un uso racional del medicamento. Lo hicimos desde el convencimiento de que se hacía un mal uso del medicamento, por lo que no añadíamos nada a la calidad de vida de las personas usuarias de los medicamentos. Nos preocupaban los pensionistas y los enfermos crónicos. Eso, evidentemente, está resuelto, por lo menos sobre el papel, por lo que ha dejado de ser una preocupación para nosotros.

De la exposición que ha hecho el señor Ministro, habría que animarle respecto a uno de los aspectos que ha nombrado sobre la política complementaria del Decreto: la información -yo diría que información y formación-, tanto de los usuarios como de los prescriptores, los médicos, debería ser un objetivo prioritario. Parte del éxito del Decreto podría no cumplirse si no se utilizan todos los medios posibles para informar y formar a unos y a otros.

Estamos, pues, de acuerdo con los objetivos del Real Decreto que estamos debatiendo hoy aquí. De todas maneras, querría decir que en lo que tenga razón la señora Maestro de la crítica que ha hecho, debería tomarse por el lado positivo y analizarla para perfeccionar en todo caso la aplicación del Real Decreto.

Se acaba de decir algo sobre Alemania. Un grupo de Diputados de esta misma Comisión ha estado hace un par de meses en Alemania y en el «Bundestag» estaban debatiendo una reforma sanitaria donde se manifestaba la necesidad del control del gasto, fundamentalmente del buen uso del medicamento. Se hablaba de una tarifas concretas de aportación de los usuarios, no solamente en los medicamentos sino en estancias hospitalarias, que hasta ahora eran gratis y a partir de ahora no lo son ya, porque mis noticias son que esa ley, que se debatía esos días en que nosotros estábamos allí, ya se ha aprobado.

Tampoco hablemos de la reforma sanitaria que se está introduciendo en Estados Unidos.

Digo esto sólo con el objeto de que entendemos que éste es un sector que, sin menoscabar en nada la calidad de vida de los enfermos ni dejarles faltos de aquellos medicamentos que necesitan, requiere un control y un uso racional; si no, el gasto se dispara día a día y, lo que es peor, no se dispara para la utilización correcta del producto sino en muchos casos para el desarrollo de pequeñas farmacologías en cada una de las casas de pensionistas y enfermos en general, que no sirven para nada y se tiran a la basura; es un gasto que va directamente a la basura.

Resumo para ser disciplinado con el Presidente y no llegar a los diez minutos. Creo que hay que seguir adelante con este tema, hay que aceptar las críticas que se están haciendo aquí y las que se pueden hacer porque es necesario perfeccionarlo, como todos los sistemas que se ponen en marcha, y tenemos que andar mucho en ese camino, pero fundamentalmente, repito, hay que utilizar la formación y la información para que el objetivo se cumpla.

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

El señor **MARDONES SEVILLA**: Muchas gracias, señor Ministro, por su comparecencia hoy ante esta Comisión y por la información, con los criterios de distinto orden, político, social y económico, con los que ha hecho la presentación y defensa del Real Decreto para la financiación de estos medicamentos a cargo de la Seguridad Social, los que se dan en la lista positiva y los que se excluyen.

Vaya por delante, señor Ministro, que nosotros apoyamos la necesidad de medidas de ordenación, como significa en un primer paso lo que regula y reglamenta este Real decreto. Qué duda cabe, señor Ministro, que reglamentar indirectamente una libertad, como es en este caso la libertad de prescripción, así como podar un árbol, levanta todas las críticas y todas las situaciones de incomodidad que se pueden derivar de ello. Ahora bien; o los que recetan (la profesión médica, fundamentalmente) entienden que tienen que someterse también deontológicamente a un criterio de racionalidad y de responsabilidad con el bien público, por los dos sectores fundamentales que financian la Seguridad Social (y que después se van hacia los presupuestos del Estado), sobre todo los trabajadores activos del país, los que cotizan, y los empresarios; se es responsable con eso, o verdaderamente todo entra en situación de quiebra. Y algún paso habría que dar.

Nosotros queremos ser consecuentes con lo que dijimos en el período de sesiones anterior, cuando se presentó a la Comisión el denominado Informe Abril, uno de cuyos capítulos estaba dedicado fundamentalmente a advertir sobre el incremento del gasto farmacéutico y las medidas correctoras que tendrían que adoptarse.

Tengo que decir incluso que me parece que este Real decreto, dentro de esa senda de advertencias que señala el Informe Abril, es verdaderamente restrictivo incluso

con algunas de las propuestas. No hago más que esta observación, no hago ningún comentario. Desde luego, lo que no se puede ya admitir, en una sociedad responsable, es que se trate de mezclar libertad de prescripción, cuando la industria está ofertando (por la innovación tecnológica, por el avance científico) una panoplia, un abanico riquísimo y extensísimo de productos, porque la Constitución también reglamenta la libertad de manifestación y eso no significa que se pueda ir por cualquier itinerario; significa que hay que adaptarse y reglamentar dentro de una normativa.

No se puede seguir soportando conducirnos en una dinámica de que todo vale, y que en la libertad de prescripción vale todo. Pues no, no vale todo, en la medida que eso comporta una restricción de recursos económicos o un gasto superfluo de los mismos a los que debemos acomodarnos; y los que recetan, los médicos, deben acostumbrarse también a que no está a su disposición todo el vademécum de especialidades farmacéuticas que oferta la industria en este momento, porque estamos hablando aquí de un Sistema Nacional de la Salud con unos instrumentos de financiación que son los medicamentos, que tienen que tener también un índice de prioridades; es decir, los que vayan a atender las causas, las etiologías o las secuelas inmediatas de la enfermedad.

Por tanto, apoyamos este decreto, señor Ministro, en la misma medida que esto comporte una racionalidad del gasto público.

Lo que sí querríamos pedir al señor Ministro es un compromiso de seguimiento de los efectos, tanto técnicos como económicos, sanitarios o sociales, que esta medida va a comportar, porque a este decreto hay que seguirle, como con un termómetro, los pasos del día a día de los resultados, al menos económicos, de su financiación.

Mi primera pregunta sería: ¿Hay ya alguna estimación de lo que pueda suponer el ahorro por esta vía? Segunda: ¿Qué medidas cautelares (porque no se deducen del texto del Real decreto) puede poner en marcha la Administración sanitaria española para evitar que la industria haga desviaciones atípicas hacia otros medicamentos que sí quedan incluidos en la lista positiva? Y le hago esta pregunta por una afirmación que ha hecho en su primera exposición, cuando ha dicho que el precio del medicamento lo regule el mercado. A fin de cuentas aquí, en este mercado, un comprador va a ser la Seguridad Social, en una palabra, y me preocuparía que la Seguridad Social sufriera un deterioro en sus ya menguadas cuentas de resultados y de financiación de la receta farmacéutica por esta vía atípica.

En tercer lugar, si se han dado las condiciones de exigencia formales que al menos tenemos políticamente que exigir y admitir, como son, por ejemplo, esas mesas de diálogo que usted ha tenido con todos los sectores; porque para mí la parte institucional fundamental está en la Comisión Nacional del Uso Racional del Medicamento. A esa Comisión Nacional se le encomienda también de alguna manera este tipo de gestión que yo acabo de pedir al señor Ministro para el seguimiento, tanto del ahorro directo, como de evitar efectos perjudiciales o nocivos

inducidos que vinieran (no quiero emplear la palabra picaresca) por un desvío atípico económico de otra resultante.

Y, en cuarto lugar, si relacionado con la libertad de prescripción se puede exigir a los colectivos profesionales, al menos a los colectivos médicos, un grado de compromiso de todo tipo, educacional, de comportamiento, etcétera, con un recurso escaso, como es en este momento el recurso presupuestario financiero, y que, vuelvo a decir, para mí está en la misma línea de los criterios que habíamos apoyado en el Informe Abril para que no tengamos que llegar ni a paradas biológicas (como se dice en el sector de la pesca), ni tengamos que llegar a situaciones de quiebra en un recurso escaso que en este momento tenemos a nuestra disposición.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Palacios, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PALACIOS ALONSO**: Señor Presidente, en realidad, habría de añadir muy poco al contexto formal de lo expresado por el señor Ministro, que ha detallado, con la claridad que había de esperarse en quien domina la materia, el contenido del decreto y otros elementos de desarrollo.

En principio, hay distintos aspectos en el decreto que son, desde las perspectivas de algunos grupos, tratados de forma dispar. Pienso que no hay duda alguna de que se hace en cumplimiento del artículo 149.1.16.ª de la Constitución, del artículo 94 de la Ley del Medicamento y de la Directiva 105, de 1989, amén de algunas recomendaciones del Consejo de Europa en materia de racionalización del producto farmacéutico. Hecho el reconocimiento de la claridad con que el señor Ministro nos ha expuesto el problema, quedan por hacer algunos comentarios que supongo que enriquecerán las reflexiones.

Señor Presidente, en el año 1982 teníamos en este país 14.600 especialidades farmacéuticas; en este momento hay 10.800. Se han ido produciendo, con el paso del tiempo y a través de una serie de programas, unas reducciones que, en ningún momento, a ninguna de las señorías aquí presentes -me estoy refiriendo a los planes Prosereme, iniciados en 1983- les produjo ningún tipo de revulsivo. En este momento, atendiendo a un desarrollo legal que se dirige a la mejora de la gestión y, fundamentalmente, a la contribución a la mejora de la salud de la ciudadanía, se pone en marcha una regulación para el uso racional del medicamento con este decreto, con el cual, unas 800 especialidades van a ser limitadas, van a ser eliminadas del pago en la Seguridad Social. Quedan, por tanto, señorías -y ésta va a ser la reflexión que yo les animo a hacer-, aproximadamente 1.000 especialidades farmacéuticas en España, y ustedes alertan una preocupación que están en su derecho. Sin embargo, yo les preguntaría: ¿Qué ocurriría si nosotros apelásemos a la libertad de prescripción en un país como Noruega -citado por algunos de ustedes- que tiene 1.900 especialidades farmacéuticas en su vademécum? ¿Qué ocurriría si hubiese 5.000 especialidades farmacéuticas como en Ita-

lia o 5.800 como en el Reino Unido? Lo que ocurre, señorías, es que la libertad de prescripción no está en absoluto en contradicción con el número de las especialidades disponibles. La libertad de prescripción está limitada allí donde, con el número suficiente de especialidades disponibles -y aquí quedan suficientes y más aún para prescribir con absoluta garantía para los ciudadanos-, se limita la prescripción de elementos medicamentosos precisos. Estas reflexiones son importantes.

Asimismo lo es que tengamos en cuenta algunas otras cuestiones. El ciudadano español acude al médico aproximadamente 4,2 veces al año -estamos en el séptimo lugar en Europa- y, sin embargo, el número de prescripciones viene a ser de 9,6 -las más altas de Europa si se quita a Alemania, que está en el 11 por ciento, y a Francia, en el diez y pico-. Ello significa, señorías, que los ciudadanos españoles consumen el doble de medicamentos que los europeos, puesto que si van la mitad de veces a los profesionales y perciben el mismo número de medicación por año es que están recibiendo una prescripción a considerar.

Sin duda, se plantea en alguna ocasión -y ustedes lo han dicho aquí- que el decreto se mueve por impulsos economicistas. Creo que es una argumentación -lo digo con todo respeto- muy pobre, puesto que la voluntad del Gobierno, manifestada en los Presupuestos, ha sido la de armonizar el gasto farmacéutico en términos de subida en los Presupuestos para 1993, del 33,56 por ciento, lo cual supuso unos 56.000 millones de pesetas. Si el Gobierno hubiese tenido intenciones economicistas con el decreto, no las tendría ahí, sino que se hubiese mantenido en las cuotas de elevación presupuestaria que han tenido lugar en los pasados años.

Creo, señor Presidente -y voy a terminar con esto-, que es bueno que cada uno defendamos nuestras posiciones, pero es bueno también que estemos -como planteaba el señor Hinojosa- no solamente informados en materia sanitaria, sino en aquellas cuestiones que, redundando en el problema sanitario, sobre el que aquí polemizamos y debatimos, clarifiquen un poco los planteamientos y eviten la confusión. Insisto en que nuestro país, en este momento, tendrá una disponibilidad de medicamentos, sin que los pensionistas, como ha recalado el señor Ministro, hayan de pagar en absoluto nada por este tipo de medicación y sin que para los crónicos, y de esto hablaré a continuación dos segundos, haya de aumentarse nunca una cuota que venía de 1966 del 10 por ciento y que nunca superará las 400 pesetas, tendrá, repito, una disponibilidad de medicamentos que supera, con mucho, si se hace la excepción de Alemania y Dinamarca, el número de prescripciones farmacéuticas disponibles en los países de nuestro entorno, que por otra parte ya superan con mucho el número de los 250 productos-base que la OMS considera como suficientes para la prestación de una atención responsable a los ciudadanos de los países en desarrollo.

En cuanto al tema de los crónicos yo quisiera que SS. SS. reflexionaran un poco, puesto que los pensionistas no van a cotizar en absoluto por este tipo de medica-

ción, sobre lo que es el concepto de pensionista y verán que la inmensa mayoría de los crónicos están incorporados a ese colectivo.

Quería decirle al señor Ministro que estoy completamente seguro, como alguien ha sugerido aquí, que aquí no se detiene el camino, que se sigue caminando, que se ha hecho un esfuerzo importante de racionalización del producto farmacéutico, que este país sigue todavía con una cierta plétora de especialidades farmacéuticas y que, en cualquier caso, los cambios los irán dando las experiencias y las circunstancias.

Muchas gracias por su exposición.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro para contestar a las intervenciones de los distintos grupos parlamentarios.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Griñán Martínez): Permítame que comience con una reflexión que partía del señor Palacios y que me parece importante hacer en estos momentos cuando se habla de economías a la hora de afrontar unas medidas como las que se contienen en el presente Real Decreto.

El Gobierno no puede ser, como a veces es la oposición, neutral entre el fuego y los bomberos. El Gobierno tiene que tomar decisiones que combatan problemas que se plantean a la sociedad y que se producen financieramente en las cuentas del Estado y tiene que resolver esos problemas de la mejor manera posible, pero sin esconderlos ni ocultarlos, y desde luego tampoco puede ser, como a veces es alguna parte de la oposición, partidario del fuego.

Lo que sí digo es que este Decreto trata de conseguir un uso racional del medicamento a través de una serie de medidas, entre las que están fundamentalmente una, de la que he oído hablar muy poco, que es el eje crucial del Decreto, que es la separación del registro de la financiación, devolver a la autoridad sanitaria la capacidad de determinar en cada momento qué medicamentos va a financiar, y digo, señora Maestro, en cada momento: ahora, mañana y pasado mañana, porque el Decreto, cuando contiene unas listas, está en una fase inicial que no termina en esas listas sino que empieza en ellas.

No podemos hablar de economicismo cuando hay un problema económico de base que es bastante elocuente si simplemente nos tomáramos la molestia de repasar las cifras, cifras que son de una elocuencia a veces escandalosa. En los últimos cinco años, y hablo solamente de los últimos cinco años, el coste de cada receta, y fíjese que estoy deflactando el número de beneficiarios, ha subido un 165 por ciento, lo que supondría que, si ese coste de cada receta hubiera subido exclusivamente lo que subió el IPC, nos habríamos ahorrado en el presupuesto del año pasado 130.000 millones de pesetas, simplemente con que el coste de cada receta de la Seguridad Social hubiera subido en estos cinco años lo que subió el IPC, y no estoy hablando del número de recetas sino del coste de cada receta. Luego es obvio que no solamente estamos hablando de un problema económico sino de una tendencia

económica que, de mantenerse en el tiempo, arruinaría una prestación como ésta, que es una prestación muy apreciada y que queremos mantener no solamente hoy, mañana, pasado mañana, sino en el siglo XXI. Alguno de ustedes ha hablado del Informe Abril y recuerdo perfectamente que este Informe ponía también remedio a este crecimiento del gasto pidiendo que los pensionistas pagaran un porcentaje en el precio del medicamento. El Gobierno ha hecho otra cosa. En esto no ha seguido al Informe Abril. El Gobierno ha mantenido la gratuidad del medicamento para los pensionistas, pero lo que ha hecho ha sido simplemente actuar sobre los productos que hay en el mercado, determinando que el financiador va a comprar, como decía muy bien el señor Mardones, aquellos que son los más baratos, al mejor coste y que tengan unas cualidades terapéuticas determinadas. Cuando hablaba, señor Mardones, de utilizar las condiciones de mercado me estaba refiriendo a cumplir algo tan simple como el artículo 13 de la Ley de Contratos del Estado, que dice que el Gobierno o la Administración pública en los contratos tiene que actuar siguiendo las reglas del mercado: si hay dos productos iguales, comprar el más barato. Eso va a ser posible ahora, pero no era posible antes del Decreto. No he oído a nadie de SS. SS. que diga esto. Antes esto no era posible y ahora ya lo es. Ahora la autoridad va a financiar el mejor medicamento al mejor precio. Este es el eje nuclear de lo que es el Decreto de financiación selectiva.

Señora Maestro, yo le diría que si ha leído el Decreto, habrá visto que no es sólo una lista, y si ha leído la lista, no es lo que S. S. ha dicho. Le diría también que como parlamentaria me merece S. S. mucho crédito y mucho respeto porque representa a una parte del electorado. Permítame que como médico me merezca menos respeto del que tengo a la Comisión de uso racional del medicamento, donde hay especialistas bastante más formados en farmacología que S. S. Por lo tanto, yo no tengo criterio. El criterio me lo proporcionan los expertos, perfectamente legitimados en su autoridad por su conocimiento y saber, que son los que en cada momento van diciendo uno a uno los productos que son relevantes o no. Y le recuerdo que hubo unanimidad en la Comisión de uso racional del medicamento, donde están todas las comunidades autónomas, el Gobierno, los colegios, Farmaindustria, etcétera.

Pero es que, además, cuando S. S. se lee parte del Decreto, y no digo todo sino parte del Decreto, porque usted no lee el eje nuclear del Decreto, que es la separación de la financiación del registro -eso para usted es irrelevante; luego veremos que no es tan irrelevante-, para usted sólo es relevante una lista y sobre esa lista afirma que se excluyen unos productos que no se excluyen. Es decir, está diciendo cosas que no se corresponden con la realidad. Lo único que le ruego es que se vuelva a leer con paciencia el Decreto y sus anexos y me diga dónde se excluyen los antiácidos, dónde se excluyen los laxantes. Ningún principio activo de antiácidos o de laxantes se excluye. Se excluyen unas determinadas formulaciones y presentaciones que nada tienen que ver con desabastecer el mer-

cado de esos productos. Eso es así y lo va a ver en la orden que se desarrolle. El Decreto habla de unos tipos de laxantes, pero el principio activo no se elimina, y el principio activo del antiácido tampoco se elimina. Se eliminan algunos preparados que están en el mercado, sin duda, que son absolutamente irrelevantes y además de un precio de mercado que va desde 60 a 200 pesetas. Sin embargo, se incluyen, y eso no lo dice, en la cobertura de crónicos un conjunto de colectividades de personas que antes no estaban y de medicamentos que antes tampoco estaban que tienen un precio de 6.000, 7.000 y 10.000 pesetas. Por lo tanto, dígame todo lo que dice la relación del Decreto y cuando lea un anexo, léalo completo porque está afirmando aquí, como ha hecho en otros foros, cosas que no se corresponden con la realidad. Ningún principio activo va a quedar excluido, pero sí vamos a retirar del mercado, mejor dicho, de la financiación selectiva, combinaciones de principios que son irrelevantes desde el punto de vista de la sanidad.

Dice S. S. que a lo mejor algún médico prescribe un antibiótico inútil. Yo no soy médico, usted sí, y yo tengo más confianza en los médicos que usted. Creo sinceramente que los médicos van a prescribir lo que es correcto porque son buenos profesionales en su gran mayoría. Si hay malos profesionales, nos tendremos que resignar. Pero, en principio, no se tiene por qué prescribir nada que no se corresponda con las necesidades de salud que plantea un ciudadano cuando comparece o acude al médico. Yo tengo plena confianza en que eso va a ser así.

¿La vía publicitaria? En España hay un dos por ciento de medicamentos publicitarios. En el conjunto de la Comunidad Europea un diez por ciento de los medicamentos son publicitarios. Aquí tenemos, como decía el señor Palacios, cerca de 10.000 preparados en el mercado. En la Comunidad Europea por promedio unos 5.000. Quiere decirse que las normas de publicidad del medicamento son las que determina la Comunidad Europea y no otras. Aquí se han estado financiando productos que en todos los países de la Comunidad Europea son publicitarios y que por tanto no los financia ningún sistema público más que España, hasta el Decreto; después del Decreto ya no.

Por eso le digo que el Decreto son más cosas de las que usted se cree. El Decreto supone el restablecimiento de la autoridad. El Decreto significa simplemente, como han visto Comisiones Obreras, UGT, las asociaciones para la defensa de la sanidad pública y otras muchas instituciones, conferir al Ministerio una autoridad que ahora no tenía, porque esta política de consenso ha sido trabajada con muchas instituciones e instancias representativas de intereses, y la gran mayoría han dado su consentimiento al Decreto, curiosamente; y la gran mayoría se han pronunciado respecto del Decreto por el principio fundamental del mismo, que es el restablecimiento de la autoridad sanitaria sobre el mercado, que es, repito, el principio fundamental. Luego hay unas listas, de las que usted dice, por un lado: excluyen productos —cosa que no es cierta—, y por otro lado dice que no excluyen los suficientes. Permítame que le diga que ésta es una lista inicial que acompaña a un Decreto y que podría haberse aprobado el

Decreto sin la lista. El Decreto, insisto, lo que hace es separar el registro de la financiación y además añade una lista para empezar un camino que se tendrá que recorrer periódicamente dejando en el mercado solamente los mejores productos al mejor precio. Algo tan sencillo como eso. Eso es el Decreto.

Si usted quiere verlo de otra manera, véalo, pero diga todo, y si dice todo, a lo mejor no termina diciendo lo de los grandes intereses de la industria farmacéutica, que a lo mejor es lo que a usted le está bailando en el cerebro cuando hace su intervención. Porque al final este Decreto no defiende precisamente el interés particular de ninguna industria sino el interés general. Pero le voy a decir una cosa. Yo no tengo nada contra los intereses de la industria farmacéutica, en la medida en que son empresas que pueden producir cada vez mejores productos y que podremos conseguirlos al mejor precio y que producirá fármacos relevantes desde el punto de vista sanitario, y es mi interés y el de mi Gobierno fomentar estas industrias, porque creo que ese interés particular también es respetable. No hago enfrentamiento con ese interés; lo único que hago es mantener el interés general, que es lo que a la postre le corresponde al Gobierno, que para eso es el que tiene el ejercicio del poder.

Señor Díaz Aguilar, estoy de acuerdo en que efectivamente, además de lo que es este Decreto es preciso en una política de uso racional del medicamento llevar a la conciencia del médico o, mejor, al conocimiento del médico, del prescriptor, una serie de información que le permita hacer unos diagnósticos más correctos y al final de los mismos una prescripción adecuada. Estoy completamente convencido de que este es uno de los elementos fundamentales en la política farmacéutica. Tan es así que el Ministerio ha editado este año un libro como éste (**el señor Ministro de Sanidad y Consumo muestra el ejemplar a la Comisión**) sobre información de medicamentos, que como pueden ver ustedes es lo suficientemente voluminoso y en donde se informa de los medicamentos en el sentido que usted dice, y lo que hace también es no concentrar toda la información en los laboratorios, sino hacer que la propia autoridad sanitaria también informe al prescriptor de los medicamentos para que en su libre ejercicio prescriba aquellos que son los más adecuados.

Esta política tiene que ir más allá y es una política que no la va a hacer directamente el Ministerio, la van a hacer los propios profesionales. Van a ser los propios prescriptores, a través de sus sociedades científicas y a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, los que determinen en cada momento cuáles son los mejores medicamentos para cada proceso, y van a hacer guías farmaco-terapéuticas y van a establecer los protocolos lógicos de actuación que van a determinar a su vez el estado de la ciencia en cada momento. Esa es una parte esencial de la política, lo que pasa es que no está en el Decreto, está en la política, o sea, está en el orden de lo real, de lo que está haciendo el Ministerio, pero no está en el Decreto. De todos modos en mi intervención sí he hablado también de eso.

Señor Cartagena, le diría que el Decreto es todo lo

contrario de apresurado. El Decreto ha estado un año en la COCINA, hablando con todas las personas interesadas y tratando de obtener unos consensos que creo que han sido bastante elocuentes. Hemos obtenido consensos muy importantes. Hemos conseguido que nos prestaran su apoyo, por ejemplo, los pensionistas españoles a través de la Unión Democrática de Pensionistas, a través de la Federación de Pensionistas de UGT y Comisiones Obreras. Hemos conseguido el apoyo de asociaciones para la defensa de la sanidad pública, hemos conseguido el apoyo de las centrales sindicales, hemos conseguido el apoyo de muchas instancias que están cualificadas para defender intereses, de la Unión de Consumidores, de lo que es el Consejo de Consumidores. Por tanto, es un Decreto muy consensado, muy hablado, muy pactado y que ha dado como consecuencia que se llegue a acuerdos que por lo menos a mí como Ministro de Sanidad me parecen significativos e importantes, en la medida en que defendiendo el interés general, también tenemos que saber oír los intereses particulares y darles un cierto respeto, porque pienso que el arte de gobernar es precisamente defender el interés general, pero yendo siempre a los intereses particulares.

Lo que le decía antes de economicismo queda bastante bien explicado por las cifras a que antes me he referido y que determinaban la necesidad ineludible por parte del Gobierno de tomar medidas no tanto sobre el coste de la prestación farmacéutica hoy sino sobre el previsible coste de la prestación farmacéutica mañana teniendo en cuenta la tendencia manifestada en los últimos años.

No limita para nada la libertad de prescripción; todo lo contrario. El profesional sanitario sigue teniendo toda la libertad para prescribir el medicamento más adecuado. Yo le voy a poner un ejemplo que usted va a entender perfectamente. Hasta ahora, todos los medicamentos que se registraban se financiaban. Por cierto, se puede registrar un medicamento y no financiarse porque, siendo seguro y eficaz, puede no ser relevante al haber otros mejores. Es decir, puede haber una diferencia y, de hecho, la hay en toda Europa. Hasta ahora, como decía, se financiaban todos los medicamentos que estaban registrados, salvo los publicitarios. Un medicamento era publicitario cuando el laboratorio fabricante determinaba MOTU PROPRIO pasar ese medicamento a publicitario. Cuando un laboratorio ha pasado un medicamento a publicitario nunca he oído a nadie que diga que eso atenta contra la libertad de prescripción. Ya no lo podía prescribir y, sin embargo, nadie ha dicho que eso atentaba contra la libertad de prescripción. Era el laboratorio el que, en uso de su interés particular, lo retiraba de la circulación. Digo yo que si es el Estado, el Gobierno el que lo retira en función del interés general, tampoco vulnerará la libertad de prescripción. Insisto, la libertad de prescripción es tanto mayor cuanto más alejada está del desconocimiento y la ignorancia. El mejor modo de que la prescripción sea más libre es crear esas comisiones de especialidad que determinen las vías farmacoterapéuticas sin que entre para nada el poder político. Van a ser los propios profesionales los que determinen en cada mo-

mento, para cada patología y para cada proceso, cuál es el medicamento más relevante.

Habla usted de la investigación. Nosotros vamos a procurar, como le decía también en mi intervención, que la investigación de los laboratorios no solamente no se vea perjudicada por este Decreto, sino que, incluso, se vea reforzada. Según los datos que yo he podido comprobar de Farmaindustria, el gasto de la industria farmacéutica en la Comunidad Europea en I+D en relación con el volumen de ventas es el siguiente: Alemania, el 14 por ciento; Bélgica, el 18 por ciento; Dinamarca, el 15 por ciento; Holanda, el 17 por ciento; Reino Unido, el 16 por ciento; Estados Unidos, el 16,5 por ciento; España, el 4 por ciento. Es un dato de Farmaindustria. Quiere decirse que la industria farmacéutica hoy en España investiga poco en comparación a lo que se investiga en otros países de la Comunidad Europea. Lo que permite este Decreto precisamente es crear un mercado mucho más transparente para que el desarrollo de la investigación permita cada vez mejores productos a mejor precio y, por tanto, se dinamice la investigación. Además -y le insisto en que es un elemento fundamental-, nosotros creamos, por la política de autoridad que tiene encomendada el Departamento, con el Ministerio de Industria una línea de I+D para negociarla con los laboratorios afincados en España y para que en el desarrollo de esas políticas de I+D podamos obtener los mejores medicamentos, que financiaremos aunque en un momento determinado no sean los más baratos del mercado, porque puede ser una línea relevante desde el punto de vista de los productos que se obtengan en el futuro.

Quiero decirle con esto que la investigación no solamente no se va a ver perjudicada con el Decreto, sino que se va a ver, obviamente, mejorada.

Respecto a los crónicos, le digo exactamente lo mismo. Lo que hace este Decreto es, primero, mantener la aportación del 10 por ciento; segundo, aumentar el número de patologías crónicas y, tercero, aumentar muy significativamente -lo va usted a ver en la orden- el número de medicamentos para crónicos. Por tanto, con los crónicos no se va a producir ningún ahorro; todo lo contrario, lo que se hace es una ampliación de la cobertura.

Por último -con esto termino-, lo que persigue el Decreto es devolver la autoridad en la política de farmacia al Ministerio, al Gobierno, de manera que en el mercado consigamos financiar los mejores medicamentos -insisto en esto- al mejor precio. Por ejemplo, les podría enseñar dos medicamentos que tengo aquí (el señor Ministro de Sanidad y Consumo muestra dos envases a la Comisión). No hace falta que les diga el nombre, pero sí les puedo decir que estos dos medicamentos que tengo en la mano, con presentaciones diferentes, son, sin embargo, lo mismo, es decir, uno y otro contienen exactamente lo mismo: doce supositorios cada caja y cien miligramos de diclofenato sódico cada supositorio. Me refiero a estos dos fármacos que tenía en la mano. Ahora bien, uno cuesta 494 pesetas y el otro 790 pesetas. No un 5 por ciento de investigación, no un 10, no un 15; un 60 por ciento más. Se está financiando a los dos. El segundo

cuesta un 60 por ciento más. Pues bien, les daré otro dato. Del barato se han vendido el año pasado 84.368 unidades, mientras que del caro se vendieron 1.101.993 unidades, es decir, un 1.306 por ciento más. Esto podía pasar antes del Decreto; ya no va a pasar después del Decreto. Si se hubieran vendido todas las unidades del más barato, el Sistema Nacional de Salud habría ahorrado 326 millones, es decir, dos centros de salud de alto nivel, simplemente con este fármaco. Habiendo financiado exclusivamente el más barato, habríamos economizado 326 millones de pesetas. Un formato. Les daré el último dato para su conocimiento. El laboratorio que fabrica el más caro es multinacional. El laboratorio que fabrica el más barato es nacional.

Por tanto, quiere decirse que lo que el Decreto va a procurar y va a conseguir -y ése es el propósito del Gobierno- es lograr los mejores medicamentos al mejor precio. Va a conseguir un mercado mucho más transparente y va a financiar aquello que sea relevante desde el punto de vista de la salud del ciudadano. Eso es lo que va a hacer. Va a seguir financiando esos medicamentos que cuestan hasta 90.000 y 100.000 pesetas por unidad, pero no tiene que financiar aquellos medicamentos que o no son relevantes o no son significativos o están en el mercado compitiendo con otros que son exactamente iguales, no digo parecidos, siendo mucho más caros que ellos. Les diré una cosa. Si nosotros seguimos financiando el más caro en vez del más barato, estaremos cometiendo prevaricación. Por tanto, el Decreto de financiación selectiva del medicamento devuelve la autoridad al Ministerio, devuelve la autoridad en un mercado para hacerlo mucho más transparente, y eso ya estaba en la Ley General del Medicamento, que ahora hemos desarrollado con este Decreto. Eso, señorías, es lo importante en el contenido del Real Decreto de financiación selectiva de medicamentos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ministro. **(La señora Maestro Martín pide la palabra.)**
Señora Maestro...

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señor Presidente, es una comparecencia especial.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, es la segunda vez que tratamos este tema en esta Comisión.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Se había hecho una solicitud de comparecencia en Pleno, trámite que permite la respuesta al señor Ministro, y se ha aceptado hacerla en la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Maestro, perdón. Han sido los grupos los que han aceptado, ante la tardanza por la cantidad de asuntos del orden del día que hay para el Pleno, que viniera el señor Ministro a la Comisión. Yo tengo que decir que la Comisión vio este tema en extenso, en una comparecencia del Secretario General de la Salud, el señor Marcos Peña, y que es la segunda vez que se ve el problema. Por tanto, si los grupos quieren traer el tema aquí por segunda vez y tienen interés en debatirlo, se lo agradezco mucho, pero no me vayan a decir ahora que tiene caracteres extraordinarios para abrir un segundo turno de preguntas y respuestas, sobre todo a la hora en que estamos. **(El señor Cartagena Travesedo pide la palabra.)** No hay preguntas ni hay nada más.

Agradecemos al señor Ministro su comparecencia.
Se levanta la sesión.

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

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID
Cuesta de San Vicente, 28 y 36
Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid
Depósito legal: M. 12.580 - 1961