



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

PLENO Y DIPUTACION PERMANENTE

Año 1991

IV Legislatura

Núm. 134

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JUAN MUÑOZ GARCIA, VICEPRESIDENTE PRIMERO

Sesión Plenaria núm. 128

celebrada el jueves, 26 de septiembre de 1991

Página

ORDEN DEL DIA

Enmiendas del Senado:

- Al Proyecto de Ley por la que se modifica la Ley 23/1986, de 24 de diciembre, por la que se establecen las Bases del Régimen Jurídico de las Cámaras Agrarias. «Boletín Oficial de las Cortes Generales», Serie A, Número 52.1, de 6 de marzo de 1991 (número de expediente 121/000052) 6426

Tramitación directa y en lectura única:

- Proyecto de Ley por la que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo (BERD). «Boletín Oficial de las Cortes Generales», Serie A, número 58.1, de 11 de julio de 1991 (número de expediente 121/000058) 6429

Comparecencia del Gobierno ante el Pleno:

- **Comparecencia del Gobierno ante el Pleno, a solicitud de los Grupos parlamentarios de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y Mixto, de conformidad con el artículo 203 del Reglamento, para dar cuenta de los proyectos y valoración del Gobierno en torno a las conclusiones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario (número de expediente 210/000028) 6432**

S U M A R I O

Se reanuda la sesión a las nueve y diez minutos de la mañana.

Página

Enmiendas del Senado 6426

Página

Al proyecto de ley por el que se modifica la Ley 23/1986, de 24 de diciembre, por la que se establecen las Bases del Régimen Jurídico de las Cámaras Agrarias 6426

*Para fijación de posiciones intervienen los señores **Ramírez González**, del Grupo Popular; **Trías de Bes i Serra**, del Grupo Catalán (Convergència i Unió); **Pau i Pernau**, del Grupo Socialista, y **Caballero Castillo**, del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya.*

Sometidas a votación, son aprobadas las enmiendas del Senado al proyecto de ley.

Página

Tramitación directa y en lectura única del proyecto de ley por el que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo (BERD) 6429

*Para fijación de posiciones intervienen los señores **Perinat Elio**, del Grupo Popular; **Abril Martorell**, del Grupo del CDS; **Homs i Ferret**, del Grupo Catalán (Convergència i Unió), y **Almunia Amann**, del Grupo Socialista.*

Sometido a votación, se aprueba el proyecto de ley con 237 votos a favor.

Página

Comparecencia del Gobierno ante el Pleno, a solicitud de los Grupos Parlamentarios de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y Mixto, de conformidad con el artículo 203 del Reglamento, para dar

cuenta de los proyectos y valoración del Gobierno en torno a las conclusiones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario 6432

*En nombre del Gobierno interviene el señor **Ministro de Sanidad y Consumo (García Valverde)** para exponer las líneas de actuación de su Ministerio, que se inscriben lógicamente en la política general del Gobierno, y el esfuerzo por alcanzar un mayor nivel de bienestar y calidad de vida de la que la salud es un componente esencial. Todos en esta Cámara son conscientes de estar sometiendo a juicio la validez y la viabilidad, el coste o la eficacia de nuestro sistema sanitario. Piensa, por consiguiente, que es el momento preciso y obligado de hacer un balance y tomar un compromiso colectivo para conseguir lo más rápidamente posible que el sistema sanitario sea el que nuestra sociedad merece, prefiere y exige.*

Comienza reconociendo que nuestra sanidad no goza de buena salud, pero tampoco va a aceptar que estemos en una situación tercermundista, terminal, como algunos han insinuado. Nuestro país está hoy situado en los niveles medios, tanto en la extensión como en la calidad de las prestaciones sanitarias si nos comparamos con nuestros vecinos europeos, pero esto no es suficiente pues no debemos conformarnos con la media comunitaria como un cerrado horizonte de referencia, sobre todo cuando existe el dato de que nuestra sanidad está lejos del umbral de bienestar posible y necesario, que es también el razonable. Lo que ocurre es que nuestros sistemas sanitarios padecen graves desequilibrios. La capacidad científica y profesional del colectivo asistencial está fuera de toda duda, pero sabemos que el usuario reclama mejores condiciones de acceso, utilización y trato. Tenemos una sanidad pública aparentemente barata desde el punto de vista del bolsillo individual, pero en realidad cara para el conjunto de la sociedad. Siendo un sistema sanitario que está financiado por todos los contribuyentes, estamos en pleno derecho para exigir y reclamar como usuarios de cualquier servicio público pagado previa-

mente. Sucede, no obstante, que al mismo tiempo que gastamos mucho más que otros en curar las enfermedades invertimos mucho menos en evitarlas y prevenirlas, no resistiendo aquí, lamentablemente, las comparaciones europeas. Estamos, en suma, en una paradójica situación de despilfarro en lo modesto, y esto es justamente lo preocupante por la discriminación entre el esfuerzo que dedicamos a la enfermedad y el olvido que mantenemos con la salud.

Pasa a continuación el señor Ministro a dar cuenta a la Cámara de la situación, las intenciones, los planes, programas y proyectos del Departamento de Sanidad y Consumo, recordando que algunas de las principales líneas de actuación ya tuvo ocasión de exponerlas en su comparecencia en Comisión el 8 de mayo último, dando prioridad, por un lado, al desarrollo de una política de salud pública y, por otro, a consolidar y desarrollar el sistema nacional de salud, mejorando la calidad de los servicios sanitarios.

Por su parte, la Comisión de Análisis y Evaluación del sistema nacional de salud, creada en junio de 1990, dando cumplimiento a un acuerdo de este Pleno, ha culminado su trabajo, presentando a finales de julio último el Presidente de la Comisión, señor Abril Martorell, el informe y las recomendaciones de la Comisión que fueron remitidas al Parlamento y ayer mismo objeto de debate en Comisión. Considera que la Constitución de esta Comisión ha sido una buena iniciativa, ya que se trata de un buen método de trabajo en los temas complejos de política pública, método utilizado con frecuencia en otros países. El trabajo de la Comisión ha permitido contar con evidencias, hechos y testimonios en los que basar posteriormente las decisiones políticas. Se han movilizado para ello recursos intelectuales y humanos que han permitido aportar una valiosa cantidad de material para la reflexión sobre la realidad sanitaria de este país. Aclara en todo caso que el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha limitado a poner los medios precisos para que la Comisión llevase a cabo su misión, pero las opiniones de ésta en absoluto definen la política del Gobierno en materia sanitaria. Son únicamente puntos de vista y opiniones valiosas que habrán de ser tenidas en cuenta a la hora de definir la política y los escenarios sanitarios del futuro. El trabajo de la Comisión ha posibilitado que nuestro país se una al debate que se está dando en prácticamente todos los países desarrollados sobre el futuro y la organización de su servicio sanitario, ya que todos los países de nuestro entorno se enfrentan en esta materia a problemas bastante similares. El Gobierno y el Ministerio de Sanidad y Consumo recogerán los datos y opiniones de la Comisión como un elemento más de los que aportan alternativas y soluciones a los problemas que presenta el sistema nacional de salud

en nuestro país. Reconoce que algunas de las recomendaciones de la Comisión tienen amplio consenso, mientras que otras propuestas de la misma son fuertemente contestadas por amplios sectores de la opinión pública de nuestro país.

Se refiere a continuación a la Ley General de Sanidad, aprobada a propuesta del Gobierno socialista, que posibilita la realización del presente debate y que establecía principios inspiradores del sistema tan importantes como los de universalidad, equidad, financiación y gestión pública y atención integral a la salud, principios que constituyen un logro de la política sanitaria socialista, teniendo como meta cualquier medida de reforma o mejora de la sanidad pública la profundización en tales principios. La Ley General de Sanidad determina también que el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos esté guiado por los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, acometiéndose desde la aprobación de la Ley enormes esfuerzos por consolidar definitivamente el sistema nacional de salud, que representa un capital al que no debemos renunciar.

Seguidamente procede el señor Ministro al análisis de la situación actual de la salud pública y de los problemas de los servicios sanitarios públicos para, a partir de ahí, describir las medidas para desarrollar una acertada política de salud pública y consolidación del sistema nacional de salud. En esta línea, el Gobierno ha decidido presentar a la Cámara un proyecto de programas con un doble hilo conductor: en primer lugar, el compromiso del Gobierno por mejorar y modernizar el sistema sanitario público, de modo que éste ofrezca a todos los españoles, sin distinción de residencia y situación económica, unos servicios sanitarios de calidad y accesibles, y, en segundo lugar, impulsar una decidida política de promoción y protección de la salud de los españoles a través de un conjunto de acciones cuyo objetivo primordial será luchar contra las desigualdades y fomentar activamente tanto estilos de vida como un medio ambiente saludable.

Como problemas más importantes con que nos encontramos en la actualidad destaca los relativos al insuficiente desarrollo de una política de salud pública, la existencia de algunas desigualdades, la insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos y la desmotivación de los profesionales sanitarios. Además, deben enfrentarse al control de los gastos, al crecimiento y a la modificación de la demanda de servicios, a los problemas organizativos o de gestión de los servicios públicos y al déficit de información y evaluación que tiene el propio Servicio Nacional de Salud.

Una vez indentificados los problemas fundamentales, es obligación y responsabilidad de todos abordar su solución y en este sentido el Ministerio de Sanidad ha elaborado una serie de medidas entre

las que resalta la actividad normativa y fijación de recomendaciones técnicas en relación con la salud pública, la necesidad de consolidar el sistema de información sobre el estado de salud de nuestro país, impulsar la coordinación con las comunidades autónomas respecto a planes de salud pública, el apoyo y la cobertura al programa de ciudades saludables, cuyo objetivo es promover un medio ambiente urbano saludable, y trasladar las ideas de la salud pública a la práctica de los ayuntamientos. Es también un objetivo primordial de la actividad de la administración sanitaria la educación para la salud. Otras propuestas para la mejora del sistema nacional de salud vendrán determinadas por la perfección en el principio de equidad y mejora de su eficacia, perfeccionando el servicio al usuario con la garantía de la calidad técnica de la asistencia prestada, favorecer la libre elección del médico por parte del usuario, promoción también de la calidad en los aspectos no estrictamente asistenciales y potenciación de la atención primaria con mejoras de la gestión interna, manteniendo bajo control el gasto del sistema nacional de salud, aprovechando mejor los recursos disponibles e incentivar, formación y promoción de los profesionales de la sanidad.

Termina el señor Ministro asegurando que el Gobierno hará lo necesario para mejorar el sistema nacional de salud, para lo que hace falta un acuerdo social amplio entre los ciudadanos representados en esta Cámara, los agentes sociales, los profesionales del sector y todos aquellos con cuyo concurso será posible crear una nueva cultura de la salud y un sistema nacional más eficaz. Espera, por tanto, que este debate sirva para recibir sugerencias y propuestas de la Cámara con el ánimo decidido de que, más allá de intereses coyunturales, encontrará una propuesta común de consenso.

En nombre del Grupo Popular, el señor **Hernández Mollar** señala que después de escuchar con atención la larga intervención del señor Ministro reconoce que ignora en este momento a qué carta quedarse. Alude a otros debates mantenidos anteriormente sobre este mismo tema, de los que puede extraer como conclusión la existencia de una fuerte confusión y, como hilo conductor y punto de salida, que la sanidad está enferma y necesita una inmediata reforma. Esta misma es una de las conclusiones de la Comisión y un punto de partida para comenzar a analizar nuestro sistema sanitario. Cree, no obstante, que el señor Ministro está entorpeciendo el necesario debate, como lo prueba el que el día anterior coincidieran todos los grupos de la Cámara en la torpe e irresponsable presentación del informe de la Comisión, que por lo demás ha venido a confirmar lo que temían. En suma, cree que el debate real que vienen pidiendo, debate que ha abierto la Comisión Abril, el señor Ministro no lo desea.

Hoy viene el señor Ministro a la Cámara a presentar por segunda o tercera vez su programa de Gobierno, con algunas buenas declaraciones de intenciones extraídas de los análisis que se hayan podido hacer dentro de la Comisión, pero eludiendo lo que ha provocado mayor reacción social porque electoralmente no le convenga o no lo quiera. Tenemos así un debate mal encauzado, crispado socialmente y con falta de respeto a la Cámara. A ello debe añadirse el boicot del Grupo Socialista a los grupos de la oposición no entregando el informe completo de los trabajos de la Comisión Abril. Acerca del contenido de este informe, el Grupo Popular tiene que mostrar su desacuerdo con el mismo, y no tanto por su contenido, que reconoce que tiene aspectos muy positivos, sino por entender que para decir eso no era necesario el coste de la Comisión, que de la forma en que se constituyó no la consideraron independiente sino una comisión gubernamental, como así se ha demostrado.

Por otra parte, se alegra de oír al señor ministro que ahora va a favorecer la libre elección de médico, que ya está reconocida en el artículo 14 de la Ley de Sanidad del año 1986. El Grupo Popular ha presentado diversas iniciativas parlamentarias con este fin, votando los socialistas en contra de ellas. Teme que en el presente caso todo siga en la misma situación, que se diga que lo están estudiando y que se hará a partir de tal fecha, concluyendo los plazos sin que se realice nada, ya que éste es el permanente discurso a que están acostumbrados.

Igualmente están conformes con la potenciación de la atención primaria a que hacía referencia el señor ministro, pero sucede que éste ha venido a decir lo mismo de siempre sobre los centros de salud, cuando la realidad es que la mayoría de éstos ni siquiera cumplen los objetivos previstos en la Ley.

Respecto a los profesionales de la sanidad, recuerda que una de las denuncias permanentes del Grupo Popular en la Cámara es que aquéllos no están suficientemente motivados, siendo éste un sentir generalizado entre ellos y al que hay que poner remedio. Sin embargo, el señor Ministro no ha hecho referencia a un problema importante como es la relación jurídica actual de los profesionales de la sanidad, cuestión que cree le va a dar al señor Ministro bastantes quebraderos de cabeza. Concreta que se trata exactamente de la modificación de la relación jurídica de los profesionales de cara a una reforma del carácter público de Insalud, tema que ya ha salido a la luz pública. Parece que el señor Ministro nos quiere sorprender en el presupuesto con la conversión del Insalud en una sociedad estatal, sin debatir previamente el asunto en esta Cámara, asunto que ya ha dado lugar a importantes enfrentamientos, incluso, al parecer, dentro del propio Gobierno.

El Grupo Popular está dispuesto a participar en el

debate, incluso a llegar a un consenso en determinadas cuestiones, por entender que la salud es un bien de todos los españoles y que a todos corresponde colaborar para lograr su mejor calidad y eficacia, pero ruega al señor Ministro, con todos los respetos, que juegue limpio y no haga trampas. Si desea el debate, hágalo, pero no les cuele lo que a él más le convenga; hállese con claridad y en el ámbito del Parlamento para que el debate sea sereno, porque ya se ha provocado una importante tensión social con la torpe presentación que se ha hecho del informe, a la que pueden seguir otras.

En nombre del Grupo Catalán (Convergència i Unió), el señor **Hinojosa i Lucena** alude al informe de la denominada Comisión Abril, considerando que ésta ha tenido un trabajo globalmente bueno y positivo, dando lugar a un documento polémico y valiente que requeriría un debate en profundidad y con cierto ritmo para publicar en las conclusiones de esa Comisión. Sin embargo, tienen que mostrar su insatisfacción por la forma en que se ha presentado ese documento y cómo se ha iniciado el debate, que ha tenido lugar fuera de la Cámara antes que en ella.

Analiza a continuación las dos grandes partes que integran el informe y que se refieren a una descripción del sistema y a las soluciones a los problemas que describe, por lo demás conocidos por todos, y con alguna de cuyas soluciones muestra su acuerdo, en tanto que llama la atención sobre algunos aspectos de gran importancia sobre los que el documento citado pasa bastante de puntillas, al igual que ha hecho el señor Ministro en la intervención de esta mañana, por lo que duda que éste tenga el valor político suficiente para traer a la Cámara todas aquellas medidas jurídicas que permitan el cambio de algunos de los problemas planteados. En todo caso anuncia el apoyo del Grupo Catalán en la adopción de aquellas medidas que procuren la reforma y mejora de la actual organización del sistema de salud.

En nombre del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, la señora **Maestro Martín** se refiere a lo que califica como período de confusión social más agudo que quizá haya vivido este país desde la transición democrática sobre el futuro de los servicios sanitarios públicos, señalando que en los primeros días de septiembre ante la evidencia de que el informe Abril no lo apadrinaba nadie, de que al propio Ministerio le quemaba entre las manos, se hurtaba una vez más el debate al Parlamento o al menos se enmarañaba dicho debate. Desea dejar constancia, en primer lugar, de la responsabilidad directa del Ministerio de Sanidad en el nombramiento del señor Abril como Presidente de la Comisión, así como en el de los nueve miembros que la componen, siete de los cuales están vinculados a la sanidad privada. Que el Ministerio no sepa en

este momento qué hacer con el informe, que ha tenido la rara virtud de concitar la unanimidad social en su contra, lo considera comprensible, pero igualmente el informe jamás hubiera afirmado lo que dice si la composición de los expertos no hubiera sido la que es.

Añade que, desde el punto de vista de Izquierda Unida, el informe es políticamente impresentable y sanitariamente inútil. Izquierda Unida está de acuerdo en que la sanidad española necesita mejoras urgentes, pero mejoras que van justamente en la dirección contraria a la que plantea el informe Abril. El sistema sanitario tiene problemas, pero el diagnóstico de éstos nada tiene que ver con el diagnóstico realizado por el señor Ministro de Sanidad.

El señor **Revilla Rodríguez**, en nombre del CDS, manifiesta que el informe Abril no debe ser vinculante para nadie, limitándose a verificar y comprobar algunas de las contradicciones que nuestro sistema de salud tiene, facilitando algunas líneas de reflexión, de estudio para muchos de esos problemas, y alimentando el debate para alcanzar soluciones lo más consensuadas posibles. El informe debe ayudar a que a partir de ahora las cosas no sean igual porque disponen de un conjunto de conceptos a los que atenerse y, sobre todo, de una información que no puede eludir ni ignorar.

Expone a continuación la posición de su grupo sobre algunas de las cuestiones contempladas en el informe, para terminar agradeciendo la comparecencia del señor Ministro de Sanidad, que ha servido para iniciar este debate, en el que colaborarán en todo lo que puedan.

El señor **Olabarria Muñoz**, en nombre del Grupo Vasco (PNV), felicita al señor Ministro por su extensa intervención y sobre todo por el coraje demostrado para afrontar la reforma de un sistema sanitario obsoleto, burocratizado, gigantesco en sus dimensiones, que hace agua por todas partes, que es estéril, inadecuado e inoperante en su funcionamiento y que provoca tanto descontento ciudadano como cobertura poblacional establece. Se habla de que el sistema de protección sanitaria del Estado español, y es cierto, es un sistema de protección universal en cuanto abarca el 98 por ciento de la población, pero es también seguro que ese 98 por ciento manifiesta inequívocamente su descontento con el funcionamiento del mismo. Tiene que mostrar, por tanto, su apoyo conceptual a todas las posiciones del señor Ministro y a todos los fundamentos del informe, al diagnóstico y a las propuestas de resolución, prácticamente sin excepción, aunque con algunas matizaciones que realiza posteriormente. En esta línea anuncia que propondrá un pacto o acuerdo global sanitario no sólo con los demás grupos parlamentarios sino también con los agentes sociales y económicos que trabajan y con-

figuran el sector sanitario, felicitándose de que exista un gran consenso general entre todos los grupos de la Cámara, con la práctica excepción de Izquierda Unida.

El señor **Oliver Chirivella**, del Grupo Mixto, realiza un breve análisis de algunas de las recomendaciones mostradas en el informe, exponiendo su posición respecto de las mismas, algunas de las cuales no considera aceptables, rechazando en general el informe por su ambigüedad, porque en algunos casos no ha contado con el trabajador ni con el usuario del sistema para proceder al estudio de su reorganización y porque no acaba de garantizar la libre elección de médico ni la sanidad gratuita para todos los ciudadanos.

Respecto de la intervención del señor Ministro, le anuncia su apoyo a las propuestas que ha hecho, previo el debate correspondiente y las rectificaciones que se estimen oportunas.

La señora **Larrañaga Galdós**, del grupo Mixto, reconoce al informe la virtualidad de abrir el debate a ciertos puntos de reflexión sobre la sanidad pública y que contiene, sin duda, algunos aspectos de reflexión positivos. Sin embargo, de muchos de sus apartados podría hacerse una lectura que parte de una concepción cuando menos predeterminada que lleva a los ponentes a disimular bastante mal su inicial pretensión de hacer encaminar los males del sistema actual hacia la privatización de la asistencia. Termina anunciando su apoyo a aquellas recomendaciones que redunden en una eficacia del sistema de salud, siempre que se evidencie una voluntad política decidida de incorporarlas al actual sistema público porque entiende que la sanidad pública permite de manera suficiente ofrecer soluciones satisfactorias a profesionales y usuarios si se apuesta con vigor por ella. Muestra, en cambio, su rechazo al ticket moderador, al pago de los gastos farmacéuticos, por entender que se trata de aplicar medidas económicas a problemas que van más allá del marco económico y que afectan fundamentalmente a la organización sanitaria. Apuesta, en definitiva, por eficacia y calidad pero sin lesionar la equidad.

La señora **Garmendia Galbete**, del Grupo Mixto, manifiesta que para su partido el informe presentado abre el debate sobre la necesaria reforma del sistema nacional de salud y aporta vías de discusión importantes, pero tal reforma debe realizarse garantizando siempre la equidad del sistema de manera que permita un trato igualitario para el conjunto de los ciudadanos, que garantice en todo proceso y acto médico la adecuada calidad de los mismos, así como una óptima relación entre el esfuerzo económico y la satisfacción de las necesidades de índole sanitaria y social, todo ello presidido siempre por la suficiente asignación de recursos.

El señor **Mardones Sevilla** completa la relación de intervinientes del Grupo Mixto, reconociendo los graves problemas a los que ha de enfrentarse el señor Ministro, cuyos planteamientos y principios comparte de cara a la mejora del sistema vigente. El problema es cómo acometer dicha reforma dada la polémica y contradicciones que entraña. En cualquier caso desearía que el debate siga abierto para, entre todos, tratar de llegar a soluciones absolutamente imprescindibles, por difícil que sea dar con ellas.

En nombre del Grupo Socialista interviene la señora **García Manzanares**, que alude a la situación de la sanidad en 1983, cuando accedió al Gobierno el Partido Socialista, así como al proceso constante seguido desde entonces para hacer frente no sólo a los problemas que aquélla tenía sino también a su ampliación y perfeccionamiento. Reconoce, no obstante, que es preciso seguir adoptando medidas para la mejora del sistema, y en este sentido el informe y sus recomendaciones, aun siendo complejo y a veces ambiguo, permite muchas lecturas y apunta posibles soluciones.

Respecto al señor Ministro expresa la satisfacción del Grupo Socialista por la actualidad del discurso pronunciado y su claridad, reconociendo que el señor Ministro se ha impuesto una tarea muy difícil como es el cambio y la mejora de la gestión, donde realmente hay que poner el énfasis. Aun siendo difícil que esto pueda conseguirse, se trata de una tarea que en todo caso hay que acometer con rapidez y para ello el Gobierno va a contar con el respaldo del Grupo Socialista, que siempre apoyará aquellas medidas positivas encaminadas a lograr una mejora del sistema, una mayor racionalidad en el reparto de nuestros recursos y una eficacia y mayor consolidación de ese capital que es la universalidad, la concepción integral de la salud como servicio público y gratuito para todos los ciudadanos.

Para replicar a los portavoces de los diversos Grupos Parlamentarios interviene de nuevo el señor **Ministro de Sanidad y Consumo (García Valverde)**.

Se levanta la sesión a las dos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las nueve y diez minutos de la mañana.

ENMIENDAS DEL SENADO:

— **AL PROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICA LA LEY 23/1986, DE 24 DE DICIEMBRE, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES DEL REGIMEN JURIDICO DE LAS CAMARAS AGRARIAS (Número de expediente 121/000052)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Comienza la sesión.

Punto sexto del orden del día: Enmiendas del Senado.

Proyecto de ley por el que se modifica la Ley 23/1986, de 24 de diciembre, por la que se establecen las Bases del Régimen Jurídico de las Cámaras Agrarias.

En primer lugar he de decir que en el texto enmendado por el Senado, en el artículo 8.º⁴, se ha detectado un error. Donde se dice «procedimiento de organización, coordinación» es «procedimiento», y se suprime la proposición «de»; es decir, «procedimiento, organización, coordinación», etcétera.

¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)**

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

El señor **RAMIREZ GONZALEZ**: Señor Presidente, señorías, con brevedad vamos a fijar la posición de nuestro Grupo parlamentario en relación con las enmiendas que ha introducido el Senado a la ya vieja Ley de Cámaras Agrarias, porque hay que recordar en estos momentos en que parece ser que vamos a aprobar su definitiva redacción, que es una Ley que lleva cinco años en estas Cámaras, es una Ley que fue sometida a un recurso de constitucionalidad por nuestro Grupo parlamentario y por otros recursos elaborados y presentados por comunidades autónomas; que recibió una sentencia aclaratoria del Tribunal, sentencia emitida en junio de 1989; que se perdió un año, el año de 1990, porque nadie dio razones en función de las cuales el Gobierno no aplicó esa sentencia y no redactó su nuevo texto, y que, por fin, durante el año 1991 la Ley ha visto su aprobación definitivamente.

Digamos que vamos a apoyar las enmiendas introducidas por el Senado porque, como bien recordarán los miembros de la Comisión de Agricultura, ambas enmiendas fueron defendidas por mi Grupo parlamentario con sendas enmiendas. Inexplicablemente, en la Comisión de Agricultura del Congreso no fueron aceptadas por el Grupo Socialista, y posteriormente hemos visto con satisfacción que la literalidad de las mismas ha sido aceptada en el debate del Senado. Bienvenida sea esa dicha, aunque tardía, y aunque no se haya dado explicación alguna de por qué no fueron aceptadas en el Congreso y sí en el Senado.

Nosotros querríamos manifestar aún nuestra preocupación por el contenido de la Ley, un contenido que todavía no es satisfactorio, porque deja sin explicar el concepto de profesional, el concepto de los electores y elegibles, que en el articulado de la Ley mereció tres fundamentos jurídicos de la sentencia del Tribunal Constitucional, «es professo» redactados para delimitar lo que la Ley no decía, y que a su paso por el Congreso, y supongo que por el Senado, hemos intentado que los fundamentos jurídicos de la sentencia del Tribunal Constitucional se trajeran a la Ley y no hemos podido obtener esa satisfacción, aun cuando el representante del Partido Socialista, durante el debate del proyecto de ley en la Comisión de Agricultura, recono-

cía que la definición de electores y elegibles, y, por tanto, de profesionales, estaba mal hecha, porque son palabras textuales suyas que «tanto el Gobierno como el Grupo Socialista están dispuestos a estudiar alguna fórmula que mejore este redactado y que llegue a definir mejor la figura del profesional de la agricultura». Estas no son palabras del portavoz del Grupo Popular, sino del portavoz del Grupo Socialista.

Parece ser que el Gobierno socialista no ha querido aprovechar el paso de la ley por el Senado para perfilar la figura del profesional de la agricultura que será elector y elegible, a pesar de que el representante del Grupo Socialista reconocía que estaba mal definida y que había que mejorar la redacción.

Creemos que se ha perdido una oportunidad; creemos que con la redacción que la ley va a plasmar en el «Boletín Oficial del Estado» se va a crear un semillero de confrontaciones y de falta de concreción cuando se pretenda definir la figura del profesional de la agricultura. Creemos que la ley carece, además, de un mandato imperativo para la disolución de aquellos órganos de representación previstos en la legislación anterior que no se prevén en la nueva, pero a los que no se les da plazo para finalizar su actividad; pensemos en la Confederación Nacional de Cámaras Agrarias no prevista en la nueva legislación y que, por lo tanto, tienen que desaparecer, pero que en el nuevo texto no figura ningún mandato ni compromiso del Gobierno para llevarlo a efecto.

Tampoco parece un mandato al Gobierno para convocar las elecciones a Cámaras Agrarias; elecciones que, como bien saben SS. SS., se celebraron hace ya trece años. Los representantes de los agricultores en las Cámaras Agrarias han batido todos los récords que se puedan pensar en un mandato representativo en Europa occidental. Esperemos que con la nueva ley y con esta oportunidad el Gobierno socialista piense de una forma definitiva en arbitrar un proceso electoral, clarificar la representación sindical en el campo; permitir la potenciación de verdaderas, y no artificiales, organizaciones agrarias que pululan ahora en el mundo representativo agrario diciendo que representan no sabemos a qué agricultores ni con qué implantación territorial ni sectorial, y que el año 1991 finalice con una normalización democrática en un sector que, como hemos visto recientemente, se enfrenta con una importante reestructuración que va a perfilar el futuro de una actividad económica para los próximos años.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Ramírez.

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Trías de Bes.

El señor **TRÍAS DE BES I SERRA**: Señor Presidente, señorías, desde el escaño, y muy brevemente, para anunciar el voto negativo de nuestro grupo parlamentario a las enmiendas presentadas por el Senado a la

Ley de Bases del Régimen Jurídico de las Cámaras Agrarias.

El motivo es muy sencillo. Es un problema estrictamente jurídico-competencial. Este portavoz incluso cree que es un problema de desafortunada redacción, pero que podría tener más calado y que podría ser de orden estrictamente jurídico.

En el Senado se introduce, en el artículo 8, un nuevo párrafo, en el que literalmente se dice que «las Comunidades Autónomas que tengan atribuidas competencias en materia de cámaras agrarias regularán por ley el procedimiento, organización», etcétera.

Yo entiendo lo que quiere decir el precepto, pero puede no entenderse como yo lo estoy haciendo. En prevención de que ello pueda ser así, si se dijera que «podrán regular las comunidades autónomas», sería otro tema, o, si lo hacen, lo regularán por ley, también sería otra cuestión. Eso es lo que quiere decir, pero no lo dice. Nuestro grupo parlamentario, puesto que no lo puede retocar aquí, ya que el Senado lo ha hecho, en prevención de ello, va a votar en contra a estos solos efectos. No estamos de acuerdo con la redacción del artículo 8.4 en lo que se refiere al problema estrictamente jurídico-competencial.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Trías de Bes.

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

El señor **PAU I PERNAU**: Señor Presidente, señorías, el objeto del proyecto de ley cuyas enmiendas del Senado vemos en estos momentos no es otro que acomodar a la sentencia del Tribunal Constitucional la Ley de Cámaras Agrarias. Por tanto, es una ley, en principio, que no tiene otro objetivo que el que he enunciado.

De todos modos, en la tramitación parlamentaria, tanto en el Pleno, con el debate de la enmienda a la totalidad, del Grupo Popular, como luego en Comisión, intentamos introducir aquellas mejoras que pudieran, en todo caso, facilitar la aplicación de esta ley y mejorar en lo posible su contenido.

En aquel momento ya debatimos las enmiendas que el Senado ha introducido ahora, y, si no recuerdo mal, fue precisamente este portavoz quien indicó que el Grupo Socialista estaba dispuesto a estudiar estas enmiendas (por cierto, una de ellas presentada por Izquierda Unida) y que, en todo caso, en el Senado estábamos dispuestos a aceptarlas. Fue el portavoz del Grupo Popular quien dudó de la opinión de este portavoz, indicando que quizá no era el papel del Senado introducir enmiendas en un proyecto de ley. Nosotros indicamos ya entonces que el Senado era una Cámara colegislativa y que, por tanto, era lógico también que nuestros compañeros de la Comisión de Agricultura en el Senado intentasen mejorar el proyecto de ley.

Básicamente, las enmiendas que se introducen son dos, aparte de otras enmiendas técnicas menores. Una, que incluye el hecho de que, para convocar las elecciones a Cámaras Agrarias, el Gobierno tenga que consul-

tar a las organizaciones profesionales agrarias. Entendemos que es una enmienda correcta, que va a permitir que las organizaciones profesionales participen de este proceso y que el Gobierno las consulte antes de convocar las elecciones.

La segunda de las enmiendas es la que, en cierta manera, reconoce la competencia de las comunidades autónomas para regular por ley el procedimiento de estas elecciones. No entiendo, sinceramente, las objeciones que el Grupo Parlamentario Catalán tiene a esta enmienda que introduce el Senado. No las entendemos porque creo que fue en un debate en la Comisión cuando dijimos que, precisamente por la misma sentencia del Tribunal Constitucional, todas las comunidades autónomas que tienen atribuidas competencias en materia de agricultura tienen también competencias en cámaras agrarias. Por tanto, son todas las comunidades autónomas quienes tienen competencias sobre cámaras agrarias y, en todo caso, atendiendo a la sentencia del Tribunal Constitucional, se dice que cuando las comunidades autónomas regulen el procedimiento, tienen que hacerlo por ley. En todo caso, lo único que hace la enmienda del Senado que se va a introducir es trasladar la sentencia del Tribunal Constitucional a la propia ley. Por ello, entendemos que mejora técnicamente la ley y, sinceramente, no entendemos las reservas que el Grupo Parlamentario Catalán tiene a esta enmienda.

Otro tema es el que planteaba el parlamentario del Grupo Popular cuando indicaba que hemos desaprovechado la oportunidad para modificar el artículo de la ley que trata de los electores y elegibles a cámaras agrarias.

Efectivamente, es una preocupación del Grupo Socialista, es una preocupación del Gobierno, que ha expresado el Ministro de Agricultura, que, a partir de la sentencia del Tribunal Constitucional que fija la no obligación de afiliación a las cámaras agrarias de los agricultores, queda ciertamente complicado el hecho de que puedan ser electores y elegibles personas que no sean miembros de las Cámaras Agrarias. Nosotros indicamos en su momento que se puede estudiar una fórmula que permita definir exactamente al profesional de la agricultura, pero que quizá hacerlo en estos momentos sería retrasar la ley y que, en cierta manera, se nos acusaría de querer retrasar un proceso electoral que, efectivamente, cuando se cierre esta ley se va a abrir.

Por tanto, atendiendo a estas razones y pensando que en algún momento será necesario, a través de otra ley, intentar definir exactamente al profesional de la agricultura, que no solamente va a funcionar para esta ley, sino para otros extremos, que S. S. comprende perfectamente, nosotros vamos a votar afirmativamente las enmiendas del Senado, ya que creemos que mejoran de manera sustancial el contenido del proyecto de ley.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Pau.

Por el Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, tiene la palabra el señor Caballero.

El señor **CABALLERO CASTILLO**: Brevemente, señor Presidente, porque nos parece interesante, en la fijación de nuestra posición, decir que nos satisfacen las enmiendas que vienen del Senado, porque la enmienda al artículo 8,2 contempla el espíritu que nosotros de alguna manera planteamos en la Comisión en el Congreso, que no fue aceptada y que ahora vemos con agrado que viene recogida. También porque nos parece que el punto 4 contempla bastante bien el sentido de la enmienda.

Además, quisiéramos añadir algo que dijimos en nuestra intervención en el debate a la totalidad, el día 11 del mes de abril, y es que hubiéramos preferido que con anterioridad a esta ley se hubiera podido dotar a los agricultores y ganaderos de una ley que permitiera efectuar elecciones sindicales al Consejo Agrario. Eso no ha sido posible. Desde Izquierda Unida esperamos que un día se pueda alcanzar.

Entendemos que esta Ley de las Cámaras Agrarias no va a satisfacer esa necesidad que tienen los sindicatos y las organizaciones profesionales agrarias de participar en unas elecciones que permitan conocer el peso específico de las distintas organizaciones y que permita, asimismo, a todos los agricultores y ganaderos participar libremente en la sindicación y en la actividad profesional agraria, porque el campo, al igual que cualquier otro sector, lo necesita. Después de 14 años de democracia nos encontramos en esta situación, que esta Ley no resuelve. Nosotros vamos a seguir trabajando para conseguir ese instrumento que dé la satisfacción necesaria a los agricultores y ganaderos.

En definitiva, vamos a votar positivamente porque entendemos que lo que sí hace esta Ley es clarificar la función jurídica de las Cámaras Agrarias, que hasta ahora no estaba suficientemente clarificada, y que va a ser un paso adelante positivo para el sector agrario.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Caballero.

Vamos a proceder a la votación. **(El señor Triás de Bes i Serra pide la palabra.)**

Tiene la palabra el señor Triás de Bes.

El señor **TRIAS DE BES I SERRA**: Señor Presidente, simplemente quiero solicitar votación separada de la enmienda que introduce un nuevo párrafo al artículo 8.4.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Enmiendas del Senado al proyecto de ley por el que se modifica la Ley 23/1986, de 24 de diciembre, por la que se establecen las Bases del Régimen Jurídico de las Cámaras Agrarias.

Votamos, en primer lugar, la enmienda al artículo 8.4, en los términos en los que se ha referido esta Presidencia.

Comienza la votación. **(Pausa.)**

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 229; a favor, 216; en contra, 12; abstenciones, una.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Queda aprobada la enmienda del Senado al artículo 8.4.

Se votan a continuación las restantes enmiendas del Senado.

Comienza la votación. **(Pausa.)**

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 227; a favor, 227.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Quedan aprobadas las restantes enmiendas del Senado a este proyecto de ley.

TRAMITACION DIRECTA Y EN LECTURA UNICA

— **PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE AUTORIZA LA PARTICIPACION DE ESPAÑA COMO MIEMBRO FUNDADOR DEL BANCO EUROPEO DE RECONSTRUCCION Y DESARROLLO (BERD) (Número de expediente 121/000058)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Pasamos al punto séptimo del orden del día: Tramitación directa y en lectura única del proyecto de ley por la que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo.

No se han presentado enmiendas.

¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa.)**

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

El señor **PERINAT Y ELIO**: Señor Presidente, vengo a fijar la posición de mi grupo respecto al proyecto de ley por el que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo.

Esta nueva institución, como saben SS. SS., tiene por objeto canalizar la ayuda financiera hacia los países de la Europa central y del este que han adoptado un sistema democrático y se encaminan hacia la economía de libre mercado.

Es evidente que para llevar a cabo la transición, necesitan estos países del auxilio de la sociedad internacional, muy especialmente de aquellos países que han alcanzado un mayor grado de desarrollo tanto económico como político y que pertenecen a su entorno.

Comenzaré manifestando ya de entrada, señorías, que España, como miembro de la comunidad europea, de donde surgió esta iniciativa de creación del Banco Euro-

peo de Reconstrucción y Desarrollo, así como por pertenecer a otros organismos de ámbito europeo como son el Consejo de Europa y como es la CSCE, además de por motivos de coherencia política y de imperativo —digamos— ético, no puede menos que participar en este proyecto.

Las escenas que todos hemos contemplado en las pantallas de televisión en estos últimos días en donde miles de albaneses huían de su país hacia Italia buscando posibilidades de vida menos acuciantes que las de su país (por cierto, debo decir que Albania es el único país europeo que no ha participado hasta ahora en el proyecto fundacional del Banco), así como el terrible desajuste del funcionamiento de la economía en los países del Este europeo y sobre todo de la Unión Soviética, no pueden menos que hacernos meditar sobre la necesidad de actuar bajo el principio de solidaridad adoptando medidas y dispositivos encaminados a ayudar a estos pueblos que se hallen en estos momentos atravesando una fase tremendamente crítica.

Tengo, pues, la satisfacción de manifestar la conformidad del Grupo Popular respecto a la participación de España en el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo, tal como viene formulada en el proyecto de ley.

Mi grupo considera coherente con la realidad de la situación política y económica española la proyectada suscripción de 34.000 acciones del Banco, por un valor nominal de 10.000 ECU cada una, de las cuales 10.200 deberán ser desembolsadas en la fase actual. Dicha participación parece razonable al estar en línea con la importancia relativa de nuestro país en el contexto comunitario y mundial. El porcentaje que nos corresponde, señorías, es el 3,4 por ciento, constituyendo, con Canadá, la octava parte mayor de la participación en el Banco.

No obstante, señor Presidente, sí quisiera formular un par de consideraciones. En primer lugar, no parece que el resultado de la actuación hasta ahora del Banco, en lo que lleva de funcionamiento, es decir desde el 29 de mayo de 1990, sea precisamente espectacular. Durante ese plazo de tiempo la única actuación del Banco ha sido la concesión de un crédito a Polonia; crédito más bien modesto puesto que ni siquiera alcanza la cantidad de 50 millones de dólares, para un proyecto determinado en ese país.

Es cierto que la situación, confusa y difícil que en general están atravesando todos los países del Este de Europa no ha hecho fácil la tarea de este Banco, pero lo importante es que el nuevo organismo no se convierta en un inútil centro de inoperante burocracia.

Por ello, señor Presidente —y ésta es la segunda consideración que quiero exponer— será necesario elegir con sumo cuidado, la persona en quien haya de recaer el puesto de Consejero permanente en este organismo. A España le corresponde un puesto permanente de entre los 23 que componen el Consejo de Administración del Banco, y es evidente que la elección de la persona que desempeñe dicho puesto deberá responder a crite-

rios de valía y trayectoria profesional, nunca a los de filiación o ideología política.

Formuladas estas observaciones, señor Presidente, sólo me queda reiterar que mi grupo se pronunciará a favor del proyecto de ley por el que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Perinat.

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

El señor **ABRIL MARTORELL**: Señor Presidente, el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo, tal y como expone el proyecto de ley, tiene por finalidad ayudar a los países de la Europa del Este a incorporarse a la economía mundial. Esta iniciativa constituye, como es obvio, una muestra de solidaridad práctica con estos países, pero quisiera añadir que, a juicio de nuestro grupo, esta solidaridad es en el fondo justicia debida sobre lo cual quisiera exponer un par de consideraciones.

Efectivamente, como se sabe, el atraso de estos países del Este ha sido debido a que quedaron separados de la corriente principal de la economía mundial con motivo de la Segunda Guerra Mundial. Como es evidente, la población de estos países no es responsable en absoluto de esa separación del resto del mundo, que se ha perpetuado por razón de la división en dos bloques opuestos desde que hace cincuenta años aproximadamente terminó la Segunda Guerra Mundial. Por consiguiente, a nuestro juicio, estas poblaciones han sufrido durante generaciones una injusticia, impersonal si se quiere, pero al mismo tiempo inmensa, de la que, en algún modo, el conjunto de los países occidentales somos responsables y a la que en cierta manera hemos contribuido. De ahí que, tanto ésta como otras muestras de solidaridad, a nuestro grupo le parezcan absolutamente obligadas.

Por eso mismo no entendemos, y quisiéramos dejar constancia de ello, que existía una cierta lentitud y un cierto recelo en las ayudas que se practican hacia los países del Este incluida la Unión Soviética. A nuestro grupo le parece que ese recelo no está justificado. Son países necesitados de una enorme ayuda, han sufrido —repito— una inmensa injusticia durante generaciones y haríamos mal en escatimarles y regatearles algo que tanto necesitan. Estos países miran a Europa occidental con esperanza y confianza; creen en los valores de la democracia y haríamos muy mal en defraudarles colectivamente. Por consiguiente, nuestro grupo quiere significar con esta intervención que damos nuestra aprobación más calurosa a esta iniciativa y, sobre todo, con motivo de esta intervención, queremos estimular al Gobierno para que extreme su generosidad y su eficacia ayudando a estos países que tanto lo necesitan.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Abril.

Por el Grupo Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Homs.

El señor **HOMS I FERRET**: Gracias, señor Presidente. Muy brevemente y desde el escaño.

Señorías, esta es una buena iniciativa de la Comunidad Económica Europea, como ya indicamos cuando se debatió en esta Cámara el Convenio constitutivo del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo. En estos momentos estamos dando la autorización a la participación de España a esta institución, por lo que nuestro grupo, habiendo ya afirmado en el debate constitutivo nuestra posición favorable, en este acto de hoy también da su aprobación a este proyecto de ley.

Nada más y muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Homs.

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

El señor **ALMUNIA AMANN**: Señor Presidente, señoras y señores Diputados, lógicamente, la posición del Grupo Socialista es favorable a la aprobación de este proyecto de ley, que no hace sino llevar a la práctica lo que esta Cámara ya había debatido al autorizar la ratificación del Convenio constitutivo del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo, que, como se acaba de decir, es una iniciativa europea, comunitaria, propuesta por el Presidente francés Mitterrand en octubre de 1989 y que lleva seis meses funcionando, una vez que el 1 de abril un número considerable de países, en torno a cuarenta, depositaron los instrumentos de ratificación del Convenio constitutivo.

Creo que nadie en esta Cámara y nadie en los países de la Comunidad Europea ni en los países del Este discute el acierto de la creación de este Banco y las funciones que le han sido encomendadas, que son las de canalizar capital, apoyo técnico y experiencia a los países de la Europa Central y del Este que salen de un régimen de economía planificada, de economía burocratizada y quieren ir a una economía de mercado, quieren disponer de empresas competitivas, quieren obtener de otros países más ricos el capital suficiente para modernizar sus economías y aumentar el bienestar de sus ciudadanos. Por eso España, igual que todos los demás países de la Comunidad, ha celebrado la constitución del Banco.

Mediante este proyecto de ley en cuanto sea aprobado, se autoriza al Gobierno a suscribir el capital de 340 millones de ECU, unos 44.000 millones de pesetas, que nos sitúa entre los ocho países más importantes, en cuanto a sus aportaciones, de los cuarenta que forman parte del Banco.

España tiene derecho a un miembro en el Consejo de Administración y no se preocupe el digno representante del Grupo Popular, porque será un excelente repre-

sentante de España. Aunque no le vamos a preguntar ni esta Cámara ni el Gobierno si tiene ideas políticas en un sentido o en otro, el Gobierno designará a quién crea que debe y puede representar digna y eficazmente los intereses de nuestro país y pueda aportar su conocimiento y su experiencia a las tareas que el Banco tiene encomendadas.

Quería hacer en esta intervención algún comentario al hilo de lo que han recogido los medios de comunicación extranjeros (incluso un medio de comunicación lo recogía recientemente, esta misma semana aquí en España), sobre la escasa actividad del Banco en los seis meses de funcionamiento, algo que debe preocupar y debe llevarnos a un análisis en el momento que estamos debatiendo sobre la autorización para que nuestro país desembolse la parte que le corresponde del capital del Banco.

Es cierto que la actividad del Banco ha sido escasa; no tan escasa como decía el representante del Grupo Popular. Además de autorizar créditos, el Banco ha estado colaborando activa y estrechamente en sus primeros meses de funcionamiento con el Banco Mundial, que tiene una experiencia acreditada en realizar operaciones de crédito a los países del Este. El Banco se ha asociado a una entidad de reconocido prestigio y de experiencia mayor que la de una recién constituida para dar sus primeros pasos en las tareas que le han sido encomendadas, está realizando actuaciones de apoyo y ayuda técnica y debe contar con un contexto de los países a los que se dirige su actuación, que no es precisamente el más favorable para que en pocos meses pueda colmar sus objetivos con la máxima eficacia y la máxima intensidad.

Es muy difícil en pocos meses organizar una entidad internacional de estas características y SS. SS. lo entienden perfectamente; es muy difícil en estos meses superar factores económicos en los países a los que dirige su actividad el banco, tan urgentes y acuciantes como la necesidad de ayuda alimentaria a la Unión Soviética, que la Comunidad Europea está discutiendo en estos mismos días, de una magnitud enormemente grande; es muy difícil canalizar operaciones de crédito para modernizar economías que de momento lo que están haciendo —con bastante éxito por cierto— es refinanciar la deuda que habían ido acumulando en los años anteriores, en el viejo sistema de economía planificada, con resultados que estimamos positivos en el Club de París; es muy difícil que el Banco pueda colmar sus objetivos en los seis primeros meses de funcionamiento, cuando lo que están haciendo los gobiernos de los países del Este y de la Europa central es diseñar y desarrollar planes de ajuste de sus economías que les permitan disponer de una base de lanzamiento de nuevas inversiones, de nuevos proyectos, de privatización de la industria, de modernización de su economía.

Además de estos factores que son obvios y que dificultan la presentación de unos buenos resultados en los primeros meses del Banco, en términos de ayudas cre-

diticias aprobadas, hay factores políticos indudables. Desde que el Banco se constituyó hay nuevos países en el escenario europeo al cual dirige su actividad; hay países existentes que están en un proceso difícil de recomposición de sus estructuras estatales e incluso en alguno de ellos se puede llegar a la desintegración de su antigua estructura estatal. Por supuesto, las dificultades económicas tampoco son ajenas a las dificultades políticas de los gobiernos de estos países para llevar a la práctica sus planes de privatización y de generación de condiciones para que el mercado pueda funcionar, condición inexcusable para que el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo conceda sus ayudas, que están ligadas a la modernización, a la creación de mercado en esas economías que hasta ahora no lo tienen y también a la consolidación de instituciones democráticas en esos mismos países.

A pesar de estas dificultades, a juicio del Grupo Socialista y creo que a juicio de toda la Cámara, la iniciativa de creación del Banco y de la suscripción por España del capital al que se comprometió en la firma del convenio es una iniciativa acertada. Hay una escasez de capitales que debe ser sustituida o compensada por la creación de agencias especializadas; es, creo yo, un acierto político que la Comunidad Europea lidere la creación de una agencia especializada que permita aportar capital a esos países e incluso que lidere una agencia donde participan también otros países del mundo occidental, como Estados Unidos, Canadá o Japón. Una estrategia más global es un requisito imprescindible para el éxito de esta agencia especializada, de este banco, para que Europa, la Comunidad Europea y con ella nuestro país, den un paso más en la creación de una política exterior común, de una política que integre esos objetivos, la consolidación de las economías y de la democracia en los países de Europa Central y del Este.

Por todas estas razones, el Grupo Socialista votará afirmativamente este proyecto de ley.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Almunia.

Vamos a proceder a la votación relativa al Proyecto de Ley por la que se autoriza la participación de España como miembro fundador del Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo (BERD).

Comienza la votación. **(Pausa.)**

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 237; a favor, 237.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Que- da aprobado el Proyecto de Ley.

COMPARECENCIA DEL GOBIERNO ANTE EL PLENO

— COMPARECENCIA DEL GOBIERNO ANTE EL

PLENO, A SOLICITUD DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA Y MIXTO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 203 DEL REGLAMENTO, PARA DAR CUENTA DE LOS PROYECTOS Y VALORACION DEL GOBIERNO EN TORNO A LAS CONCLUSIONES DE LA COMISION DE ANALISIS Y EVALUACION DEL SISTEMA SANITARIO (Número de expediente 210/00028)

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Punto octavo del orden del día: comparecencia del Gobierno ante el Pleno, a solicitud de los grupos parlamentarios de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y Mixto, de conformidad con el artículo 203 del Reglamento, para dar cuenta de los proyectos y valoración del Gobierno en torno a las conclusiones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario.

En nombre del Gobierno, tiene la palabra el señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Gracias, señor Presidente.

Señor Presidente, señorías, deseo expresarles en primer lugar mi satisfacción por la oportunidad de comparecer hoy de nuevo ante esta Cámara para informarles sobre las líneas de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas se inscriben, lógicamente, en la política general del Gobierno y en el esfuerzo por alcanzar mayores niveles de bienestar y calidad de vida, de la que la salud es un componente esencial. Creo que éste es el momento y la ocasión para hacer más que un discurso una exposición necesariamente descriptiva y obligadamente comprometida. Querría en todo caso hacer un discurso reflexivo. Todos en esta Cámara somos plenamente conscientes de que estamos sometiendo a juicio la validez, la viabilidad, el coste o la eficacia, según las ópticas sociopolíticas que se apliquen, de nuestro sistema sanitario. **(El señor Vicepresidente, Marcet i Morera, ocupa la Presidencia.)** De cualquier manera, pienso que es el momento preciso y obligado de hacer un balance y tomar un compromiso colectivo para llegar a conseguir lo más rápidamente posible que el sistema sanitario sea el que nuestra sociedad merece, prefiere y exige.

En principio no quiero, no debo dejar de reconocer que nuestra sanidad no goza de plena salud, pero tampoco vamos a aceptar que estemos en una situación tercermundista, terminal, como algunos han llegado a insinuar. Es un hecho para cualquier conocedor de la sanidad que nuestro país está hoy situado en los niveles medios tanto en la extensión como en la calidad de las prestaciones sanitarias si nos comparamos con nuestros vecinos europeos; pero, aun siendo así, no puede ser suficiente. No debemos conformarnos con las medias comunitarias como un cerrado horizonte de referencia, y en sanidad ni mucho menos podemos echar las campanas al vuelo. Eso también es un dato y es el dato que nos importa y que nos compromete; que nues-

tra sanidad está lejos del umbral de bienestar posible y necesario, que es también el razonable. En definitiva, lo que nos pasa, señorías, es que nuestros sistemas sanitarios padecen graves desequilibrios. Nos consta que la capacidad científica y profesional del colectivo asistencial está fuera de toda duda pero también sabemos que el usuario reclama mejores condiciones de acceso, utilización y trato.

Tenemos una sanidad pública aparentemente barata desde el punto de vista del bolsillo individual, pero en realidad cara para el conjunto de la sociedad. Nuestro sistema sanitario está financiado por todos los contribuyentes y, como contribuyentes que somos todos, estamos en pleno derecho para exigir y reclamar, como usuarios de cualquier servicio pagado previamente. Ocurre que gastamos mucho más que otros en curar la enfermedad, al mismo tiempo que invertimos mucho menos en evitarla y en prevenirla. Lamentablemente, aquí no resistimos las comparaciones europeas.

Estamos en una paradójica situación de despilfarro en la modestia y esto es justamente lo que me parece preocupante: la desproporción entre el esfuerzo que dedicamos a la enfermedad y el olvido que mantenemos para con la salud. Parece como si la salud fuera sólo un don recibido y la enfermedad resultase también exclusivamente como una situación accidental, estadística. Me preocupa que nos estemos olvidando de que existe muy frecuentemente una relación causal clara, y a menudo determinante, entre salud y enfermedad, porque por el camino que vamos podemos estar confundiendo los medios con los fines. Disponemos de los profesionales, de los medios y de las tecnologías para curar, pero necesitamos también poner todos nuestros esfuerzos para conseguir modos de comportamiento más saludables.

Todo parece aconsejar que es preciso dar más pasos, otros pasos y pasos más acelerados, para poner definitivamente nuestro sistema sanitario al paso que la sociedad está deseando y exigiendo justamente, pero también debemos ser capaces de liberarnos de complejos, de resignaciones y de estereotipos. Ya hace muchos años que nuestro país dejó de ser diferente, ya hace tiempo que no podemos hablar de Europa como si de otro continente se tratara. Para bien o para mal, ya somos un país más de esta Comunidad Europea. Tampoco debemos asumir permanecer en ese lugar que, siguiendo un «ranking» economicista, nos correspondería en función exclusiva de parámetros medidos en dólares por habitante o en el número de camas hospitalarias. Ni en sanidad ni en ninguna otra cosa es buena la resignación.

Creo firmemente que, como así es en algunas otras cosas, podemos y debemos destacar o, al menos, estar más a gusto con nosotros mismos, con nuestras propias preferencias. Por supuesto, después de haber conseguido cubrir las necesidades básicas de la generalidad de la población, insisto en que debemos superar nuestros propios complejos de inferioridad y los estereotipos que nos rodean. Para esto sí puede ser bueno hacer un po-

co de memoria y pueden ser útiles algunas comparaciones, con la única condición de que no sean mal entendidas ni sospechosas de prepotencia o triunfalismo de ninguna clase, pero tampoco podemos ni debemos cegarnos a las realidades. Este país ha conocido cambios muy sustanciales en los últimos años. Hemos progresado mucho, señorías, en muchas cosas, pero desde luego no lo suficiente ni tampoco lo suficiente en sanidad.

Ruego que SS. SS. disculpen este preámbulo que no encierra más intención que la de intentar que no perdamos nuestros propios puntos de referencia.

Entro, por tanto, a continuación, a dar cuenta ante esta Cámara de la situación, de las intenciones, de los planes, de los programas y de los proyectos del departamento de Sanidad y Consumo.

En mi anterior comparecencia, el 8 de mayo, ante la Comisión de Política Social y Empleo, ya anuncié algunas de las que serían líneas principales de la fase actual: dar prioridad, por un lado, al desarrollo de una política de salud pública y, por otro, consolidar y desarrollar el sistema nacional de salud, mejorando la calidad de los servicios sanitarios. Para ello, con posterioridad a aquella comparecencia, se produjo una reforma en la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, basada precisamente en estos dos ejes, que permitirá al departamento acometer con eficacia sus objetivos.

Por su parte, la Comisión de Análisis y Evaluación del sistema nacional de salud, creada por el Consejo Interterritorial el 4 de junio de 1990, dando cumplimiento al acuerdo del Pleno de esta Cámara por el que se aprobó la proposición no de ley formulada por el Grupo Parlamentario del CDS el 18 de enero de 1990, ha culminado su trabajo. En efecto, a finales de julio el Presidente de la Comisión, señor Abril Martorell, presentó el informe y las recomendaciones de la Comisión que fueron también remitidas al Parlamento y que ayer mismo fueron objeto de debate en la Comisión de Política Social y Empleo de esta Cámara.

Deseo señalar, en primer lugar, que la constitución de esta Comisión de Análisis y Evolución del Sistema Nacional de Salud ha sido una buena iniciativa. Este tipo de comisiones constituye un buen método de trabajo en los temas complejos de política pública, que en otros países es utilizado con frecuencia como base para los grandes debates nacionales sobre materias tan diversas como la educación o la defensa.

En este caso, el trabajo de la Comisión ha permitido contar con evidencias, con hechos, con testimonios en los que basar posteriormente las decisiones políticas. Se han movilizado para ello recursos intelectuales y humanos que han permitido, a través del trabajo de las subcomisiones y de los expertos cuya opinión se ha recabado, aportar una valiosa cantidad de material a la reflexión sobre el complejo mundo de la realidad sanitaria de este país.

Por su parte, el Consejo Interterritorial ha cumplido satisfactoriamente con el encargo de esta Cámara ha-

ciendo posible que la Comisión haya dispuesto de lo preciso para llevar satisfactoriamente a cabo su labor.

Quiero también agradecer al Presidente de la Comisión y a todos sus miembros el esfuerzo y dedicación que han prestado a este proyecto. Este agradecimiento es extensivo a las personas que de una u otra forma han estado involucradas en el trabajo de la Comisión como expertos o como parte en los grupos de trabajo. Su labor queda reflejada en los anexos del informe de la Comisión como documentos que han de contribuir a enriquecer y profundizar en el debate político y también académico sobre el importante servicio público que supone la sanidad en nuestro país.

Quiero reiterar, aunque sea ocioso hacerlo ante esta Cámara, que la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud y su informe y recomendaciones no puede ser confundida ni con el Consejo Interterritorial ni, por supuesto, con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este se ha limitado a poner todos los medios precisos para que la Comisión lleve a cabo su misión, pero las opiniones de ésta en absoluto definen la política del Gobierno en materia sanitaria. Representan, eso sí, puntos de vista y opiniones valiosas que habrán de ser tenidos en cuenta a la hora de concretar la política y de definir los escenarios sanitarios del futuro. En este sentido, el informe y las recomendaciones de la Comisión, sea cual fuere la valoración que a cada cual le merezcan, ha cumplido y cumple el importante papel de fomentar y enriquecer el debate aportando elementos esclarecedores al panorama de nuestros servicios sanitarios.

Tengo que señalar que en este caso el debate por más que haya sido apasionado, y no poco sesgado en alguna de sus manifestaciones, está contribuyendo a esclarecer qué es lo que nuestra sociedad quiere de sus servicios sanitarios y qué precio está dispuesto a pagar por ello. A pesar de la importancia que la sanidad tiene para todos y cada uno de nosotros y de los comentarios que muy a menudo genera, es necesario un debate sistematizado, con amplio eco social y político en nuestro país, acerca del presente y futuro de los servicios sanitarios que están sometidos a reflexión y reformas en casi todos los países desarrollados.

El trabajo de la Comisión ha posibilitado que nuestro país se una al debate que se está dando en prácticamente todos estos países sobre el futuro y la organización de sus servicios sanitarios. Si algo se puede afirmar del escenario internacional sanitario en los países de nuestro entorno es que está en completa revisión y que se enfrenta, a pesar de las diferencias existentes, a problemas bastante similares: la preocupación por la calidad técnica, por responder a las demandas y expectativas de los ciudadanos y, sobre todo, por la eficiencia y la contención de los costes.

Por su parte, el Gobierno y el Ministerio de Sanidad y Consumo recogerán los datos —ya lo están haciendo, ya lo han hecho en los últimos meses— y opiniones de la Comisión tanto en su informe y recomendaciones como en los trabajos de las subcomisiones y de los exper-

tos consultados como un elemento más de los que aportan alternativas y soluciones a los problemas que presenta el sistema nacional de salud en nuestro país.

No es la intención del Gobierno responder punto a punto las recomendaciones de la Comisión. La Comisión ha suministrado a la sociedad española, tanto al Parlamento y al Gobierno como a otras muchas instancias, un importante material de análisis para enriquecer un debate político y social sobre la sanidad en España y para ayudar a la toma de decisiones con sus consideraciones y recomendaciones. De éstas, algunas, como la necesidad de modernizar la organización y gestión del sistema nacional de salud, agilizando y flexibilizando su estructura, tienen un amplio consenso y, de hecho, coinciden en sus planteamientos generales con las que fueron presentadas en mi comparecencia ante la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso el 8 de mayo pasado. Otras propuestas son, en cambio, fuertemente contestadas por amplios sectores de la opinión pública de nuestro país.

Sin embargo, no estaríamos debatiendo ahora sobre el sistema nacional de salud si, al final de la primera legislatura, con Gobierno socialista, no se hubiera aprobado la Ley General de Sanidad. Es en esta Ley donde se dota a nuestra sociedad de un sistema sanitario público que alcanza, sin discriminación, a todos los españoles. La Ley General de Sanidad establece que el sistema nacional de salud se financiera con recursos públicos —ingresos del Estado y cotizaciones sociales—, recogiendo los criterios de equidad e igualdad en el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios. La Ley encomienda la gestión del sistema a las administraciones públicas, aunque la provisión de servicios se podrá realizar tanto a través de medios públicos como privados. No es el momento de recordar aquí la oposición que en su día tuvo la Ley General de Sanidad, oposición protagonizada por algunos grupos políticos y fuerzas sociales que hoy, después de cinco años de gobiernos socialistas que han consolidado de forma efectiva el sistema nacional de salud, no cuestionan los principios generales que inspiran su funcionamiento, sino que, por el contrario, parece que quieren atribuirse incluso su paternidad.

Es éste un fenómeno esencialmente bueno en su naturaleza, pues implica partir de un consenso básico para la discusión de las medidas de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, parece de obligado reconocimiento, para mis antecesores en el cargo y los equipos que con ellos colaboraron, recordar que los principios de universalidad, de equidad, de financiación y gestión públicas y de atención integral a la salud, principios éstos que inspiran al sistema nacional de salud, son un logro de la política sanitaria socialista. Cualquier medida de reforma o de mejora de la sanidad pública deberá tener como meta la profundización en estos principios.

Me gustaría insistir en que, dentro de estos principios generales propios del sistema nacional de salud, la Ley General de Sanidad manda que el funcionamien-

to de los servicios sanitarios públicos esté guiado por los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad. En este sentido, cabe recordar la relación mencionada, entre otros, por Claus Offe, entre eficacia y legitimación del Estado de bienestar, que precisamente Offe ilustra recurriendo al ejemplo de la sanidad. Aumentar la eficiencia del sistema nacional de sanidad es un requisito para su legitimación social.

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, en abril de 1986, se ha realizado un enorme esfuerzo por consolidar definitivamente el sistema nacional de salud. No voy a recordar algunas de las medidas más relevantes, que están en el ánimo y en la mente de todos ustedes, pero sí creo que es importante dejar perfectamente claros tres aspectos que son la base imprescindible de las medidas de mejora y modernización de nuestro sistema sanitario público, que voy a exponerles a continuación.

Los tres aspectos fundamentales son: primero, el sistema nacional de salud está definitivamente consolidado, y sobre esta base hay que seguir construyendo. No se trata, por tanto, de debatir modelos, sino de mejorar. Segundo, el sistema nacional de salud es la expresión de la política sanitaria del país, que cuenta en la actualidad con un amplio consenso social y político, como ha sido puesto de manifiesto en la última reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el pasado 9 de septiembre. Tercero, los principios generales que rigen el funcionamiento del sistema nacional de salud —universalidad, equidad, concepción integral de la salud y financiación y gestión públicas— son logros irrenunciables para la política de este Ministerio, y las medidas de mejora del sistema deben estar dirigidas principalmente a contribuir eficazmente a su consecución.

El sistema nacional de salud es un capital del que debe sentirse orgullosa nuestra sociedad y al que no debemos renunciar. Países tan desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica miran en la actualidad hacia los sistemas que, como el nuestro, se basan en el funcionamiento de los servicios nacionales de salud. Conservar este bien y mejorarlo exige de los políticos y de los administradores responsables afrontar el análisis de los problemas y la responsabilidad de emprender todas las acciones precisas para su correcta y rápida solución.

No pienso eludir el compartir con SS. SS. el análisis de los problemas de nuestro sistema nacional de salud, y éste era uno de los encargos de la comisión de expertos. Tampoco quiero obviar el debate sobre las soluciones que el Ministerio está desarrollando para combatir los problemas detectados. Por ello, dividiré mi exposición en dos partes, la primera, referida al análisis de situación de la salud pública y de los problemas de los servicios sanitarios públicos. La segunda, dedicada a describir las medidas para desarrollar una política de salud pública y para mejorar y consolidar el sistema nacional de salud.

El Ministerio de Sanidad, lejos de entrar a valorar

una a una las recomendaciones del informe de la Comisión, ha decidido presentar ante SS. SS. un proyecto de programas que tiene un doble hilo conductor. En primer lugar, el compromiso del Gobierno por mejorar y modernizar el sistema sanitario público, de modo que ofrezca a todos los españoles, sin distinción de residencia y situación económica, unos servicios sanitarios de calidad y accesibles.

En segundo lugar, la apuesta por impulsar una decidida política de promoción y protección de la salud de los españoles a través de un conjunto de acciones cuyo objetivo primordial será luchar contra las desigualdades en salud y fomentar activamente tanto estilos de vida como un medio de ambiente saludable.

Existe una coincidencia generalizada entre el análisis de una buena parte de los problemas realizados por los expertos de la Comisión y los aspectos puestos de relieve por otros estudios y encuestas a la opinión pública. De forma esquemática, los problemas más importantes son los relativos al insuficiente desarrollo de una política de salud pública, a la persistencia de algunas desigualdades, a la insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos y a la desmotivación de los profesionales sanitarios. Además, debemos enfrentarnos al control del gasto, al crecimiento y a la modificación de la demanda de servicios, a los problemas de carácter organizativo y de gestión de los servicios públicos y al déficit de información y evaluación que tiene el propio servicio nacional de salud.

Haré un breve análisis de cada uno de estos problemas, pues su diagnóstico condiciona los instrumentos elegidos para abordar soluciones. Pero antes es conveniente recordar que la mayor parte de nuestros problemas no son exclusivos, sino característicos, cada uno en diferente medida, de todos los países occidentales desarrollados. Tampoco debemos pensar que esos problemas son exclusivos de los sistemas sanitarios públicos. En aquellos países con mayor influencia del sector privado, también existen problemas como el inmoderado crecimiento del gasto sanitario y la existencia de importantísimas desigualdades, ambos más graves, incluso, en otros países que en el nuestro.

Permítanme, entonces, señorías, comenzar por exponer la situación de la política sanitaria en relación con la salud pública para, posteriormente, referirme al sistema nacional de salud.

El concepto de salud pública ha sufrido importantes transformaciones a lo largo del siglo XX, pero especialmente a lo largo de las últimas décadas. Estas transformaciones se corresponden con los cambios experimentados por nuestras sociedades, y han afectado no sólo al tejido productivo o en las relaciones sociales, sino, además, a los patrones salud y enfermedad y hasta el concepto mismo de salud.

La vieja concepción de finales del siglo XIX y principios del XX sobre infraestructuras de saneamiento y la posterior basada en las inmunizaciones masivas y en la lucha contra las enfermedades infecciosas han quedado ya muy atrás. Desde mediados de los años se-

tenta las políticas de salud pública, fundándose en el desarrollo de la epidemiología, pretenden hacer frente a los nuevos índices de mortalidad y enfermedad a través de la detección de factores de riesgo, tanto ambientales como de hábitos, con el fin de eliminar o erradicarlos, de tal forma que se diseñen programas de actuación específicos que integren la prevención y la promoción de la salud.

Debemos preguntarnos cuáles son los fundamentos de esta nueva orientación. En primer lugar, el consenso científico en torno a la que la salud individual y colectiva están determinadas, junto con la cantidad y calidad de los servicios sanitarios, por factores biológicos y genéticos, por los hábitos y estilos de vida y por el medio ambiente. Hábitos nocivos como el consumo de drogas, alcohol o tabaco, la nutrición inadecuada, el sedentarismo o los accidentes en la conducción de vehículos, junto a factores ambientales, como la calidad del agua, el aire y los alimentos, inciden decisivamente en la salud. En segundo lugar, estos factores condicionantes dan lugar a problemas de salud en cuya solución los servicios sanitarios y, sobre todo, la medicina curativa tienen una eficacia limitada.

Un análisis de la mortalidad en los países desarrollados permite comprobar que las enfermedades infecciosas no son las más frecuentes ni las más importantes causas de muerte y que éstas han sido sustituidas por enfermedades como las cardiopatías, el cáncer o los accidentes que se pueden prevenir más que curar.

El diagnóstico de la situación de salud en España, en el que estamos trabajando para mejorarla, potenciando para ello el sistema de información sanitaria, permite identificar los problemas que, en general, son comunes a otros países europeos. Como en ellos, nuestras principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes, de forma que el 44 por ciento de la mortalidad se debe a las enfermedades cardiovasculares, el 22 por ciento al cáncer y el 12 por ciento a accidentes. En nuestro país el 40 por ciento de los accidentes mortales de tráfico se relacionan con el consumo de alcohol y diez mil personas mueren anualmente por causa del alcohol. El 13 por ciento de los fallecidos lo son a causa del tabaco que es el responsable, a su vez, del 30 por ciento de todas las muertes por cáncer, aunque el 6 por ciento del conjunto de cánceres sean atribuibles al medio laboral.

Al igual que en otros países desarrollados los cambios demográficos relacionados con el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, obliga a una reorientación de los servicios sanitarios que les habilite no sólo para añadir años a la vida, sino también —utilizando la terminología de la Organización Mundial de la Salud— añadir vida a los años.

En España el 11 por ciento de la población es mayor de 65 años y representará el 15 por ciento en el año 2000. El 80 por ciento de los ancianos tienen alguna enfermedad crónica y en este sentido es necesario no sólo reorientar los servicios sanitarios, sino, además,

desarrollar su coordinación con los servicios sociales.

Estos datos, junto con otros indicadores, constituyen uno de los criterios prioritarios —aunque desde luego no el único— para orientar la política de salud. Si la magnitud y la gravedad de un problema de salud son —qué duda cabe— fundamentales, es necesario evaluar, además, su sensibilidad antes las actuaciones preventivas o curativas junto a la posibilidad real que existe de intervención.

Teniendo en cuenta todos estos criterios, es indudable la necesidad de dar prioridad a una política de salud pública que tenga en cuenta la limitada capacidad de los servicios sanitarios para abordar muchos problemas de salud. De lo contrario, los estaremos sanitizando y escogiendo la solución menos eficaz socialmente y más costosa económicamente.

Existen todavía importantes diferencias en los niveles de salud cuando se comparan tanto diferentes territorios como distintos estratos sociales y colectivos. La extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública a toda la población ha logrado paliar, desde el sistema sanitario, una parte de estas desigualdades, no obstante, persisten importantes diferencias en los niveles de salud que lógicamente están vinculadas a las desigualdades por niveles de renta, educación o socioeconómicos.

Desde el desarrollo de los servicios sanitarios se ha realizado un importantísimo esfuerzo por atender las necesidades de las zonas más deprimidas. La dotación de centros de salud a las zonas rurales y a la periferia de las ciudades y la puesta en funcionamiento de hospitales en comarcas y en los cinturones industriales de las grandes urbes, ha estado guiada precisamente por el principio de favorecer la igualdad frente a los servicios sanitarios.

Uno de los objetivos de todo sistema sanitario es ofrecer a los ciudadanos, sus usuarios, una asistencia sanitaria de calidad; calidad que debe ser entendida en su globalidad tanto en sus aspectos objetivos como subjetivos. No debemos olvidar que la calidad de un servicio es tanto realidad como percepción; de ahí la necesidad de contar con la percepción que de la asistencia sanitaria tienen los ciudadanos, que es a los que en definitiva va destinado el servicio y los que como contribuyentes lo financian. Una asistencia sanitaria de calidad es aquella que además de curar cuida de sus enfermos, y en ese proceso confluyen aspectos tan intangibles como el trato que el enfermo recibe, la confianza o la información que se le transmite sobre su enfermedad, aspectos que no podemos obviar y de los que sólo podemos tener constancia si preguntamos al ciudadano. La calidad percibida de la asistencia sanitaria es el resultado de la comparación que cada ciudadano hace entre sus percepciones de la asistencia recibida y las expectativas que tiene de ella; expectativas que son a su vez fruto de la influencia de varios factores: de las necesidades personales del ciudadano, de sus experiencias anteriores al entrar en contacto con el sistema, de la información que ha recibido a través

de los canales de comunicación informal y de medios de comunicación y de la información que el propio sistema sanitario transmite.

Uno de los retos del sistema sanitario actual es tratar de reducir los desajustes que se producen entre lo que los ciudadanos esperan recibir de la asistencia sanitaria y lo que de hecho reciben, para ello es preciso tanto informar y formar al ciudadano acerca de la utilización de los servicios sanitarios, como conocer, de la forma más sistemática posible, sus necesidades y expectativas. Si ya resulta bastante difícil satisfacer las demandas de los ciudadanos en materia sanitaria, más difícil resultará dicha tarea si desconocemos sus necesidades.

El Ministerio de Sanidad y Consumo —tal y como apunté ya en ocasiones anteriores— está llevando a cabo este tipo de estudios y por ello sabemos que el concepto de calidad de la asistencia sanitaria se articula para los ciudadanos en torno a una serie de factores básicos, como son: la accesibilidad a la asistencia, la profesionalidad del personal, el trato y la atención recibida, los recursos con los que se cuenta en los centros, el seguimiento que se hace de su historial clínico, las condiciones físicas del centro. De todos estos factores, los que obtienen una mayor valoración son: la profesionalidad, el trato recibido por parte del personal sanitario, las condiciones físicas en las que se encuentran los centros, el acceso a la asistencia, la inexistencia de demoras y, por último, todos aquellos relacionados con la comunicación: tiempo dedicado por los profesionales a los enfermos, la información que éstos reciben y la confianza que les transmiten. Todos ellos son aspectos que una asistencia de calidad no puede ni debe ignorar. La mayoría de los ciudadanos, tal y como ponen de manifiesto diversas investigaciones, es claramente partidaria de introducir mejoras para el funcionamiento de nuestro sistema. Así, para un 72 por ciento de los españoles, de acuerdo con la encuesta Blendon utilizada por la Comisión, la necesidad más importante de la estructura sanitaria actual es su propia reorganización; reorganización que prima incluso sobre las necesidades financieras del sistema, y ello a pesar de que más de la mitad de los españoles considera que el presupuesto invertido en Sanidad es insuficiente.

Según los estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo —que confirman, por otra parte, los datos obtenidos en estudios anteriores—, los ciudadanos manifiestan una mayor insatisfacción con los aspectos organizativos del sistema sanitario que con los aspectos puramente asistenciales. La profesionalidad y el trato recibido por parte del personal hospitalario son valorados muy positivamente por los ciudadanos; por el contrario, los aspectos peor valorados son aquellos —como decía anteriormente— ligados a la propia organización del sistema. En este sentido, los mayores índices de insatisfacción se producen respecto a las demoras en todos los niveles de la asistencia sanitaria, el escaso tiempo dedicado por los facultativos a los

usuarios y la falta de conexión entre los distintos niveles asistenciales.

La necesidad de motivar más a los profesionales es otro de los retos a los que debemos hacer frente. Sabemos también que la reivindicación salarial es una razón importante del descontento. Más del 50 por ciento de los profesionales opina que las retribuciones deberían distinguir el rendimiento, que entre ellos mismos reconocen que es diferente. Pero la desmotivación de los profesionales tienen también otras causas: el incremento de la demanda asistencial paralelo al aumento de la burocracia y de los mecanismos de control que no han sido acompañados de una mayor autonomía y de una mayor flexibilidad en la gestión de los hospitales son, posiblemente, las razones principales del actual descontento.

Por otra parte, la situación actual tiende a propiciar una cierta inhibición, según la cual otros —administración, gobierno, políticos— son los que deben resolver los problemas asistenciales, casi siempre mediante la generación de recursos sin límite para adquirir y consumir cuanto el moderno desarrollo de la medicina permite. Ante esta situación, el aparato gestor tiene pocos instrumentos para controlar suficientemente el gasto y asignar correctamente los recursos, casi siempre basados más en la esperanza en la obtención creciente y continua de recursos que en el establecimiento de medidas de gestión.

El gasto sanitario estimado para España en 1990 fue de 3,4 billones de pesetas, lo que representa un 6,8 por ciento sobre el producto interior bruto. La financiación del gasto sanitario es pública en un 77 por ciento, porcentaje que es básicamente igual al de la media de los países de la OCDE y ligeramente inferior al de aquellos países que tienen un servicio nacional de salud. El 75 por ciento del gasto sanitario público está producido por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, del que el 57 está siendo gestionado por las comunidades autónomas y el resto directamente por la Administración del Estado.

Como causas más importantes del crecimiento que se ha producido en el gasto sanitario podemos señalar las siguientes: la extensión de la cobertura pública de asistencia sanitaria ha sido el principal componente del crecimiento del gasto sanitario en España. El factor tecnológico, que será el componente más importante de crecimiento del gasto en los próximos años, también lo ha sido en el último período 1960-1984. El aumento de la morbilidad vinculado al envejecimiento es un factor indudable de aumento de la demanda de los servicios sanitarios y, por tanto, de crecimiento del gasto. Las patologías más frecuentes en la tercera edad, de carácter crónico y múltiple, tienen como consecuencia la limitación de la actividad y el aumento de incapacidades de esas personas, por lo que son mayores las necesidades de cuidados que de servicios. Por último, las propias necesidades de infraestructura del sistema sanitario público han requerido importantes inversiones para la reposición de edificios y de equipamientos.

El gasto farmacéutico, por su parte, es el 19 por ciento del presupuesto total del sistema nacional de salud, con una tasa interanual media de crecimiento del 16 por ciento, porcentaje del gasto que es mayor que el de algunos de los países occidentales más desarrollados. Los factores que condicionan en la actualidad el crecimiento del gasto farmacéutico son, en primer lugar, el aumento de los precios, debido a la integración en la Comunidad Europea, y la introducción de productos más costosos. En segundo lugar, el desplazamiento del consumo de especialidades farmacéuticas de cierta antigüedad en el mercado, y de seguridad y eficacia probadas, hacia nuevas alternativas terapéuticas más costosas y no necesariamente más eficaces, efecto de una política comercial de los propios laboratorios. En tercer lugar, el crecimiento de la población pensionista, que representa alrededor del 21 por ciento del total y que genera un gasto del orden del 70 por ciento de la prestación farmacéutica.

En cuarto lugar, cada vez es más elevado el peso en el gasto de las especialidades farmacéuticas de aportación reducida simbólica, hasta un máximo de cincuenta pesetas por envase, en relación con el total. En quinto lugar, otro factor que repercute en el gasto público en medicamentos es el aumento del número de productos de biotecnología, cuyo coste de tratamiento es muy elevado, hasta alcanzar, en ocasiones, cifras del orden de varios millones de pesetas por paciente y año.

Por último, un mayor consumo de material clínico, cuyo incremento interanual en 1990 respecto a 1989 ha sido de un 31 por ciento en términos de gasto público.

Como ya he mencionado, señorías, el sistema sanitario contribuye, junto con otros componentes —estilos de vida, entorno y factores biológicos— a la mejora de la salud y de la calidad de vida.

La tradicional actividad del sistema sanitario, centrada en la medicina curativa clásica, limita su eficacia, al ser en la actualidad más habituales las enfermedades de carácter crónico o degenerativo, que podrían evitarse o disminuir mediante medidas de promoción de la salud y prevención.

Por otra parte, la insuficiente coordinación de los recursos sanitarios con los servicios sociales, también contribuye a disminuir la eficacia del sistema sanitario, porque la atención a los ancianos, a los enfermos crónicos o incapacitados, podría, sin duda, resolverse con mayor eficacia en colaboración con los servicios sociales locales.

Para afrontar estos problemas se ha puesto en marcha un programa de mejora de la atención primaria. Este programa pretende reorientar los servicios sanitarios mediante la promoción de la salud y los programas de prevención, así como una mayor interacción entre los servicios sanitarios y los recursos sociales locales.

En la actualidad, en el Insalud, gestionado directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, existe dotación presupuestaria para dar Cobertura al 62 por ciento de la población mediante equipos de atención

primaria, de los cuales existen ya 698 en funcionamiento.

La asistencia hospitalaria representa en nuestro país, como en el resto de los países occidentales desarrollados, más del 60 por ciento de los gastos sanitarios totales. La eficiencia, por tanto, del sistema sanitario público está estrechamente vinculada al rendimiento de los hospitales. A pesar del esfuerzo realizado durante los últimos años para reforzar los sistemas de gestión, los hospitales no han aumentado suficientemente su productividad y esto obedece, entre otros factores, a los que antes me he referido relativos a la desmotivación profesional, así como a la dificultad estructural de introducir en los servicios sanitarios públicos una cultura de gestión.

De nuevo aquí la falta de participación de los profesionales en el uso riguroso de unos recursos necesariamente limitados, determina un crecimiento del gasto sanitario no traducido en beneficios perceptibles por la población. Esto implicaría la necesidad de una reorganización importante en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

A continuación voy a referirme a los problemas que corresponden a la consolidación y coordinación del sistema nacional de salud.

La consolidación de un sistema nacional de salud, con gestión descentralizada en las comunidades autónomas, requiere el desarrollo de sistemas de coordinación con el objeto de armonizar las prestaciones del sistema público y reducir las desigualdades. En este sentido, la coordinación general sanitaria asignada por la Constitución al Gobierno y que ha de desarrollarse fundamentalmente en el marco del Consejo interterritorial del sistema nacional de salud, es un elemento fundamental para la consolidación del sistema sanitario público.

Los artículos 70 y siguientes de la Ley General de Sanidad establecen las competencias de la Administración del Estado en materia de coordinación general del sistema nacional de salud, y estas competencias son el establecimiento de criterios mínimos, la determinación de fines y objetivos comunes, el establecimiento de criterios mínimos básicos y comunes para evaluar la eficacia y eficiencia los servicios y la elaboración del plan integrado de salud.

Se han producido importantes avances en la coordinación del sistema nacional de salud y debo referirme en especial al funcionamiento del Consejo Interterritorial, en el que existe una positiva colaboración entre el Estado y todas las comunidades autónomas y cuyo trabajo es fundamental para el funcionamiento coordinado del sistema. Junto a ello hay aspectos que deben desarrollarse todavía. Por ejemplo, un aspecto central para garantizar la equidad en el acceso a los servicios públicos en todo el Estado es asegurar la homogeneidad de la calidad de las prestaciones.

El funcionamiento actual de los servicios sanitarios públicos no permite totalmente la evaluación de los resultados. La información al ciudadano no es abundante.

te. Esta situación no facilita la evolución de la eficacia en los servicios y, por tanto, su reorientación hacia las necesidades y demandas de los usuarios y hacia formas más eficientes de gestión.

La evaluación es tanto más necesaria en una actividad como la asistencia sanitaria, en la que es preciso contrastar la eficacia clínica y la eficiencia, en términos de coste-beneficio, de ciertos procedimientos médicos. Debido a que la introducción de las más modernas tecnologías resulta el principal factor de crecimiento del gasto sanitario, necesitamos una política de innovación tecnológica que estudie suficientemente la relación entre los costes y los beneficios.

En resumen, nos enfrentamos a un número de problemas que afectan a aspectos centrales del propio sistema. Creo, señorías, que en este diagnóstico existe, básicamente, una amplia coincidencia en nuestra sociedad, según se recoge en los múltiples informes emitidos por nuestras organizaciones.

La existencia de problemas similares en los sistemas sanitarios de otros países desarrollados, ha requerido la adopción de algunas medidas en todos ellos. Por referirme sólo a las de mayor trascendencia, en la medida del interés suscitado dentro de nuestro país, citaré la propuesta de Enthoven y la reforma del informe «Working for Patients», sobre el servicio nacional de salud británico; la reforma Decker, en Holanda; la propuesta de Saltman y las iniciativas de Estocolmo y Dalia, referidas al sistema sanitario de Suecia.

Creo innecesario recordar a SS. SS. que cada una de estas reformas parte de una diferente realidad social, política, económica y cultural, así como que la ideología que sustenta cada una de ellas es diferente, por lo que su traslación a nuestro sistema no sólo sería un error, sino también simplemente imposible. Si se quiere preservar el bien esencial que representa el sistema nacional de salud, y hemos sido capaces de identificar los problemas, tenemos la obligación y la responsabilidad de abordar su solución.

Dedicaré la segunda parte de esta comparecencia a las medidas para la mejora y modernización del sistema nacional de salud que ha elaborado el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La utilización combinada de los diferentes criterios permite priorizar los problemas de salud y definir las áreas de intervención, los objetivos de cada área y las actuaciones para alcanzarla. De acuerdo con lo anterior, me permito recordar el compromiso, ya expresado, de potenciar la salud pública y el impulso que merecerán la prevención y la promoción de la salud. En este sentido, hoy les puedo anunciar a SS. SS. la próxima presentación del documento «Estrategia de salud para todos en el año 2000 en España», en dicho documento se fijarán los objetivos. La estrategia de salud para todos persigue el logro de un nivel de salud suficiente para desarrollar una vida social y económicamente productiva.

Por otro lado, la coordinación sanitaria, asignada a la Administración central, está definida en el artículo

73 de la Ley General de Sanidad, que señala la necesidad de fijar medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema nacional de salud.

En este contexto, los objetivos estratégicos de salud requieren el desarrollo de un conjunto de actuaciones en materia de promoción, de prevención, de asistencia, de rehabilitación y de educación sanitaria, que abordará mi Departamento en estrecha coordinación y cooperación con los órganos competentes de las comunidades autónomas y con otros departamentos y organismos del Estado.

La estrategia de salud no es sólo responsabilidad de las administraciones públicas sanitarias a sus distintos niveles competenciales, que deben reorientar sus servicios hacia la promoción y prevención, se trata de que, además, los propios individuos y sus familiares adquieran la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud, y de que los objetivos de salud formen parte de las políticas generales del Gobierno. El logro de estos objetivos requiere la concreción de actuaciones y medidas a corto, medio y largo plazo. Para poder avanzar hacia ellos es preciso también reordenar y revisar el conjunto de actividades que en el campo de la salud pública desarrolla el Ministerio de Sanidad y Consumo. De entre estas acciones de salud pública, que serán objeto de atención preferente en el Departamento de Sanidad, quiero señalar las siguientes.

En primer lugar, la actividad normativa y de fijación de estándares y recomendaciones técnicas en relación con la salud pública.

En segundo lugar, quiero subrayar lo que se refiere a la necesidad de consolidar el sistema de información sobre el estado de salud de nuestro país. El sistema de información debe garantizar un conocimiento más profundo de la situación de la salud de los españoles y una eficaz vigilancia epidemiológica. Al mismo tiempo debe permitir la evaluación del impacto de la política de salud. Para lograr este objetivo se realizará periódicamente la encuesta nacional de salud y, posteriormente, la información obtenida dará lugar a la elaboración de una memoria anual sobre el estado de la salud pública.

En tercer lugar, será necesario impulsar la coordinación con las comunidades autónomas en relación a la protocolización y estandarización de los programas de salud pública.

En cuarto lugar, y como componente diferenciado del conjunto de actividades que deben impulsar la promoción de la salud en nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Consumo considera prioritario el apoyo y la cobertura al Programa de ciudades saludables. Este Programa responde a una iniciativa de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa, y tiene como objetivo promover un medio ambiente urbano saludable y trasladar las ideas de la

nueva salud pública a la práctica de los ayuntamientos.

Es preciso un esfuerzo considerable durante los próximos años para situar la salud pública española a la altura del desarrollo que han alcanzado los países más avanzados y al nivel que tiene la medicina clínica en nuestro país. Para ello, la epidemiología debe ser potenciada abriendo nuevas perspectivas de desarrollo práctico, de formación y trabajo de los profesionales en el campo de la prevención, la salud pública o la evaluación de servicios sanitarios.

En quinto lugar, deseo referirme a la educación para la salud. La promoción de la salud constituye un objetivo primordial de la actividad de la Administración sanitaria. Como he manifestado anteriormente, los hábitos de vida son el determinante más importante de la salud, tanto individual como colectiva. Por ello es obligado impulsar una política de educación para la salud desde planteamientos activos e innovadores y con el desarrollo de programas permanentes de información y educación sanitaria dirigidos a la población general y a grupos específicos. Se trata de generar en nuestro país una cultura imprescindible para una mejor calidad de vida. La coordinación intersectorial constituye, junto con la lucha contra las desigualdades en materia de salud, uno de los requisitos fundamentales para mejorar los indicadores de salud de la población.

La contribución de la Administración sanitaria en esta concepción multisectorial de la salud, es proporcionar una visión de conjunto de los problemas, analizar e identificar sus causas y presentar esta información al conjunto de la sociedad para sugerir estrategias de prevención y de mejora de la salud.

Pasaré, a continuación, a analizar las propuestas de creación de mejora del sistema nacional de salud.

El marco conceptual y político de las medidas de mejora y modernización que a continuación voy a exponer a SS. SS. es aquel al que me he referido en la introducción, que las medidas de mejora no pueden comprometer la existencia del sistema nacional de salud en el sentido de su acceso universal y equitativo y financiación y gestión públicas, y que la eficacia de las medidas propuestas debe evaluarse en relación a su capacidad para alcanzar los objetivos del sistema nacional de salud, que son: mejorar la salud, profundizar en el principio de equidad y mejorar su eficacia. Para ello, las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo persiguen una serie de objetivos específicos, algunos de los cuales están dirigidos a la mejora del servicio al usuario, mientras que otros se podrían denominar de gestión interna.

Para conseguir mejorar el servicio al usuario, ante todo tendremos, en primer lugar, que garantizar la calidad técnica de toda la asistencia sanitaria y el nivel suficiente de investigación y desarrollo. Favorecer, en segundo lugar, la libre elección de médico por parte del usuario. En tercer lugar, proporcionar un servicio de calidad también en los aspectos no estrictamente asistenciales, como trato, hostelería, gestiones administra-

tivas e información. En cuarto lugar, potenciar la atención primaria.

Dentro de los objetivos específicos destinados a mejorar la gestión interna del sistema nacional de salud, son retos fundamentales incentivar la motivación profesional y mantener bajo control el gasto del sistema nacional de salud, así como aprovechar mejor los recursos disponibles públicos y privados del sistema sanitario.

Deberemos promover la competencia entre los servicios sanitarios públicos y la mejor utilización de los recursos privados, por una parte, y separar adecuadamente financiación, compra y provisión de servicios, por otra.

A continuación expondré a SS. SS. algunas de las actuaciones que se han puesto en marcha o se desarrollarán en un futuro inmediato, necesarias para alcanzar dichos objetivos.

Una actuación primordial para mejorar la atención al usuario es, como en anteriores ocasiones he referido, la libre elección de médico. La libre elección de médico se implantará en todo el ámbito del Insalud, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el primer trimestre de 1992, lo que supone el desarrollo del artículo 14 de la Ley general de Sanidad.

La tarjeta sanitaria, que ha comenzado a distribuirse en catorce provincias, facilitará la gestión administrativa de la libre elección, que es el objetivo principal. Los valores añadidos a la implantación de la libre elección de médico y a la tarjeta individual sanitaria, son: primero, dotar a cada persona protegida de un documento que la acredita como titular de un derecho de elección individual, en lugar de la cartilla familiar, tal y como es el deseo de la mayoría. En segundo lugar, vincular una parte del salario de los médicos a la carga de trabajo por el número de personas que atiende mediante un principio de competencia. En tercer lugar, el programa de libre elección de médico primará las tarjetas individuales de los niños menores de tres años y de los mayores de 65, al ser estos usuarios los que más necesitan la asistencia. Esto supone una mejora de la calidad de la asistencia a esos colectivos mediante el establecimiento de un protocolo mínimo de atención en el que se dará una especial relevancia al control del niño sano y a la asistencia domiciliaria a las personas mayores de 65 años.

De esta forma se concreta en el funcionamiento de los servicios sanitarios una estrategia basada en el desarrollo de una política de salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estudia también la extensión de este derecho a la libre elección de unidad de atención especializada y hospitalización. Creo importante avanzar esta medida de elección de especialista y hospital por dos motivos. En primer lugar, porque agradecería a SS. SS. las sugerencias que puedan facilitar a la implantación de este programa, siempre dentro de los principios generales de funcionamiento del sistema nacional de salud. Y, en segundo lugar, porque creo que éste puede ser un buen

ejemplo para demostrar que se puede dotar de mayores grados de flexibilidad al sistema sanitario, sin renunciar a sus principios fundamentales. Creo que es posible llevar el funcionamiento operativo de los servicios, y no sólo mantenerse en un discurso teórico, a la potenciación de la atención primaria.

Durante el último trimestre de este año se pondrá en marcha un programa para reducir los tiempos de demora para la hospitalización quirúrgica. Para ello vamos a modificar el sistema de conciertos con otros hospitales, mediante el establecimiento de facturación por procesos, precisamente de aquellos procesos en los que existen mayores listas de espera. La creación de un sistema de información homogénea sobre listas de espera permitirá posteriormente la libre elección del servicio por el paciente y la programación de fecha ciertas de intervención.

Otras medidas destinadas a mejorar la atención son la puesta en marcha de sistemas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios, a las que antes me he referido, la potenciación y coordinación de las unidades de atención al paciente, la elaboración de estándares de calidad y la puesta en marcha de auditorías de servicios hosteleros.

No quiero pasar a exponer las actuaciones de política de personal sin antes hacer un llamamiento muy especial a los profesionales sanitarios para que asuman el protagonismo responsable que le corresponde como proveedores de servicios y administradores finales de los recursos que el sistema nacional de salud pone a su disposición para la atención a los ciudadanos.

El conjunto de medidas que voy a proponer pretenden, entre otros objetivos, la liberación de potencialidades y energías a través de un proceso de distribución, de identificación de responsabilidades, que permita en cada momento del proceso asistencial el reconocimiento profesional, social y económico que corresponde a todos aquellos que toman las decisiones y prestan los servicios.

Esta meta, que constituirá, sin duda, el mejor motor de incentivos profesional, sólo es alcanzable si los sanitarios, tanto individual como colectivamente, aceptan compartir la responsabilidad de asignar unos recursos cuantiosos pero necesariamente limitados, con el exigible rigor científico y profesional.

Llegados a este punto resulta oportuno señalar además, que ese rigor científico y profesional no es sólo compatible con el uso adecuado de tecnologías médicas nuevas y viejas, sino que, en general, en medios más avanzados sanitariamente que el nuestro, las pautas de utilización restringida y rigurosa de procedimientos diagnósticos y terapéuticos son sinónimos de buena práctica médica y de atención correcta a los problemas de la salud. La mayoría de las actuaciones previstas se basa, por tanto, en una adecuada motivación profesional. Estas actuaciones dependen de la responsabilización y de la autonomía de los agentes del sistema nacional de salud. En este apartado expondré las actuaciones más específicas dirigidas a incentivar la motivación profesional.

Dentro de un clima social que permita el debate y la planificación de los nuevos instrumentos de política de personal, se ha diseñado un plan de negociación abierto que posibilite reconducir los sistemas de personal —sistema de selección, de formación, de retribución— a los objetivos de gestión descentralizada de los centros sanitarios.

La cualificación del personal directivo del sistema nacional de salud es una necesidad que cuenta con un generalizado consenso. Esta cualificación requiere no sólo el desarrollo del sistema de selección y formación más adecuados, sino también —y me atrevería a decir que principalmente— necesita dotar a los gestores de la autonomía necesaria para evaluar el logro de los objetivos establecidos.

También es precisa una mayor adecuación de la formación de personal a las necesidades del sistema sanitario. La formación de los profesionales se debe adecuar a las necesidades de la sociedad y no a la inversa.

Por último, quiero referirme igualmente a la política de formación continuada y de promoción como un pilar básico para incentivar la motivación de los profesionales, así como para propiciar la adecuación de los recursos humanos a las necesidades cambiantes de asistencia, a las modificaciones introducidas por la tecnología y a la exigencia de una mayor calidad en la prestación del servicio sanitario público.

En cuanto a las medidas relacionadas con el control del gasto, como he comentado en la primera parte de esta exposición, no parece posible plantear una disminución del gasto sanitario. Lo que se pretende con las medidas a las que ahora me referiré es adecuar los gastos del sistema, es decir, aumentar la eficacia y ponerla en relación con el crecimiento del gasto sanitario. Todas las actuaciones sobre organización, sobre gestión, sobre evaluación tecnológica que se exponen más adelante, así como las medidas sobre el gasto farmacéutico, tienden, esencialmente, a lograr mejoras de funcionamiento, controlando el crecimiento del gasto.

Las actuaciones específicas que inciden más directamente en el gasto no farmacéutico serían: en primer lugar, la planificación estricta de los recursos y prestaciones del sistema, y el estudio y valoración económica y sanitaria de todas las posibles nuevas prestaciones y tecnologías antes de su introducción en el sistema. No se descarta, por tanto, la introducción de nuevas prestaciones en la medida en que se demuestre su eficacia clínica y una adecuada relación entre su coste y el beneficio que genera. En segundo lugar, la elaboración de un presupuesto por centros de gasto basado en una redistribución de recursos que sobre unas bases capitativas corregidas tienda a reducir las desigualdades y dotar a los centros de un presupuesto consistente con los objetivos asignados.

En cuanto a las medidas de contención del gasto farmacéutico, la importancia de este componente del gasto ha merecido, como saben SS. SS., una especial consideración por parte de la Comisión para el análisis y evaluación del sistema nacional de salud y, si se

examinan los documentos de las subcomisiones, un importante debate que llevó al mantenimiento de dos posturas claramente diferenciadas dentro de la subcomisión específica.

No menor ha sido el debate sobre algunas de las recomendaciones de la Comisión de expertos, y en especial la contribución de los pensionistas al precio de los fármacos. Si bien es cierto que esta recomendación estaba metizada por un incremento proporcional de las pensiones o por la devolución de la contribución mediante medidas fiscales, SS. SS. comprobarán que no se contempla dentro de las medidas que piensa desarrollar el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las razones que han llevado a desechar la puesta en práctica de la contribución del pensionista en el precio farmacéutico están basadas en criterios de equidad y en criterios de eficacia. Los mismos argumentos se pueden aplicar al tique moderador. Las experiencias internacionales y la evolución del gasto farmacéutico en nuestro país, parecen señalar la escasa y limitada en el tiempo capacidad de la contribución del usuario para moderar el consumo. Asimismo, la contribución del usuario no parece inducir a una selección de los fármacos supuestamente más eficaces, y además existen estudios que demuestran que se podrían producir reducciones en el acceso a la prestación para aquellas personas con menores recursos económicos.

Por último, un importante número de expertos señala como alternativas más eficaces para contener el gasto las dirigidas hacia una mejor selección de la oferta de fármacos y el desarrollo de una política de uso racional del medicamento. Es precisamente en estas medidas en las que se basará la política de contención del gasto farmacéutico que desarrollará el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sin embargo, estas medidas, con ser necesarias, resultarían sin duda, insuficientes si simultáneamente no contáramos con la decidida colaboración del médico y, en último extremo, con una nueva cultura hacia el consumo de medicamentos por parte del propio enfermo. Para ello se pondrá en marcha el programa de uso racional del medicamento, que supone la creación de comisiones de farmacia y terapéutica por áreas de salud y una serie de mecanismos de información que permitan a los profesionales tanto el conocimiento de las características de los productos farmacéuticos como la evaluación de las propias prescripciones.

Por último, pero ante todo, será imprescindible que lleguemos a la convicción de que ni la salud, ni siquiera necesariamente la curación, está en relación directa con un mayor consumo de medicamentos. Para ello, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se realizará un conjunto de campañas de formación y orientación.

En definitiva, señorías, las medidas dirigidas al aumento de la eficacia del sistema nacional de salud pasan en primer lugar, por el desarrollo de la atención primaria y creación de los centros de salud; la potenciación de la atención primaria es fundamental, ya que

es el primer paso, el primer acceso a la asistencia sanitaria y depende de él el acceso a los servicios especializados y hospitalarios.

En segundo lugar, se incentivará y evaluará el desarrollo de programas de salud, en especial los dirigidos a la prevención de patologías más frecuentes.

En tercer lugar, la potenciación de la hospitalización de día, la cirugía y exploraciones ambulatorias y la atención domiciliaria, permitirán reducir las estancias hospitalarias, siempre bajo un estricto control de calidad de la asistencia.

En cuarto lugar, la asistencia sanitaria deberá adecuarse en el logro de los objetivos de mejora de la eficacia a las necesidades de los ancianos, de los enfermos crónicos y de los enfermos terminales. Estos colectivos tienen unas demandas específicas que requieren una especial atención por parte del sistema sanitario. Por ello, se crearán unidades geriátricas en los hospitales que deberán dirigir las actividades de la hospitalización de día y la ayuda a domicilio, así como colaborar con los servicios sociales locales. Tanto la hospitalización de día como la asistencia a domicilio permite atender a enfermos crónicos, ancianos y pacientes terminales en su propio medio familiar, lejos de la tensión propia del trabajo hospitalario con enfermos agudos.

Señorías, la consecución de los objetivos propuestos para solucionar los problemas del Sistema Nacional de Salud y la puesta en marcha de muchas de las actuaciones expuestas, requieren un marco organizativo y jurídico para las prestaciones sanitarias más flexibles y autónomo pero, al mismo tiempo, capaz de controlar el gasto.

Como sus señorías recordarán, planteé en mi comparecencia, del día 8 de mayo, esta necesidad al subrayar que el funcionamiento propio de las Administraciones públicas no se tiene que adaptar necesariamente a las actuales necesidades de gestión del sistema sanitario público. La necesidad de esta reorganización ha sido también señalada por la Comisión de expertos, existiendo un amplio consenso entre los estudiosos de los problemas del sistema sanitario español sobre esta necesidad de organización. Sin embargo, no hay que olvidar que las organizaciones no son objetivos en sí mismas, ni garantizan por su propia existencia los resultados supuestamente positivos, pero sí deben ser capaces de lograr sus objetivos y ofrecer una calidad del servicio al usuario.

Por ello, no quiero plantear un esquema organizativo cerrado, sino principios fundamentales en los que los esquemas organizativos deben basarse. Estos serían: en primer lugar, la voluntad de dotar de una transparencia total al sistema, haciéndolo fácilmente evaluable para los distintos agentes. En segundo lugar, la necesidad de establecer un marco organizativo que posibilite el funcionamiento integrado del Sistema Nacional de Salud. En tercer lugar, la configuración de la organización en torno a la exigencia de dar una dimensión económica, y no solamente retórica, a la estrate-

gia de potenciación de la atención primaria de salud. En cuarto lugar y como consecuencia de parte de la premisa anterior, la separación de los aspectos de financiación, compra y provisión de servicios, como tres aspectos claramente diferenciados que obedecen a lógicas distintas.

A fin de evaluar resultados y fijar los objetivos de gestión de las instituciones sanitarias, se están poniendo en marcha mecanismos de evaluación para crear un conjunto de protocolos clínicos, por una parte, y establecer una medida objetiva del funcionamiento de los hospitales, por otra.

La evaluación de la atención primaria se realizará en función de la satisfacción de los usuarios, de su capacidad para analizar el estado de salud de la población, del desarrollo de una política de salud adecuada, del desarrollo de los programas de salud, del uso racional del medicamento, así como de la utilización apropiada de la asistencia especializada.

La satisfacción del usuario será un componente central en la evaluación de los hospitales y, a su vez, dispondremos de otros sistemas basados en los indicadores de coste y de calidad, obtenidos de la información por procesos, y del desarrollo de los mecanismos internos de evaluación de los propios centros. Además de esta evaluación sobre el funcionamiento se desarrollará una política activa de evaluación tecnológica antes de la introducción de nuevas técnicas, procedimientos y prestaciones.

Para terminar, señorías, quisiera enumerar algunas de las ideas que, en mi opinión, debemos tratar de subrayar en nuestro propio debate. La primera de ellas es que la salud no sólo es parte esencial de la calidad de vida, sino uno de los derechos en cuya satisfacción y ampliación está empeñado el Gobierno socialista. La promoción de la salud y la asistencia sanitaria son obligaciones que el Estado tiene con todos los ciudadanos, dentro de nuestra concepción del avance hacia un bienestar con equidad.

La segunda es que nuestro sistema sanitario es un patrimonio social y un instrumento fundamental para el cumplimiento de esta obligación, que responde a los principios del modelo definido por la Ley General de Sanidad: universalidad, equidad y financiación pública. Pero, a la vez, la propia generalización efectiva de la cobertura sanitaria, el aumento de las prestaciones y las justas demandas de mayor agilidad y eficacia nos enfrentan al desafío de introducir una mejora cualitativa en su gestión y en su funcionamiento.

La tercera es que ese desafío no puede ser ignorado. No se trata de mantener la inercia en el funcionamiento y gestión del Sistema Nacional de Salud. A mí entender, las medidas que les he expuesto permitirán, por el contrario, superar el desafío. Sin embargo, estas medidas exigen un amplio consenso social, ante todo el de los ciudadanos a quienes SS. SS. representan.

Quiero resaltar, una vez más, el papel fundamental de los profesionales sanitarios, quienes deben asumir el protagonismo responsable que les corresponde, por-

que las mejoras que he propuesto como imprescindibles sólo serán posibles si los profesionales aceptan la corresponsabilidad en la asignación científicamente rigurosa de los recursos del Sistema Nacional de Salud.

La cuarta observación es que la salud de los españoles, aún siendo razonablemente buena, puede mejorar sustancialmente con medidas de prevención y promoción de la salud. Estas medidas deberán favorecer la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables y prevenir los factores de riesgo. Y ésa es una responsabilidad que afecta a la Administración, desde luego al Ministro de Sanidad y Consumo, pero también a otras administraciones y políticas sectoriales que deben asumir objetivos de salud; pero es, además, una responsabilidad de todos como ciudadanos que debemos proteger nuestra propia salud.

Me gustaría terminar asegurando a SS. SS. que el Gobierno va a hacer lo necesario para mejorar el Sistema Nacional de Salud, pero hace falta además un acuerdo social amplio entre los ciudadanos representados por SS. SS., los agentes sociales, los profesionales del sector y aquellos con cuyo concurso será posible crear una nueva cultura de la salud y lo saludable, a la vez que un Sistema Nacional de Salud eficaz.

Por ello, señorías, espero que este debate sirva para recibir sus sugerencias y propuestas, en el ánimo decidido de que más allá de intereses coyunturales encontremos una propuesta común de consenso.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Marcet i Morera): Gracias, señor Ministro.

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

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

Señorías, señor Ministro, he oído con detenimiento su larga exposición y le confieso que a estas alturas ya no sé con qué carta quedarme. Me parece que aquí hay una confusión de debates. Compareció usted aquí el día 8 de mayo; tuvimos también una interpelación y subsiguiente moción el día 12 de junio; está todavía por ver el debate al que va a dar lugar el informe de la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud, conocido como Comisión Abril; y su comparecencia de hoy.

Señoría, señor Ministro, hay que tener en cuenta el debate interno que en estos momentos tiene usted dentro de su Partido por poner en marcha algunas de esas mejoras a la que usted ha hecho referencia y alguna otra que ha obviado, a la que luego me referiré, que ya está en los medios de comunicación, como siempre, antes que en el Parlamento.

Entre toda esa confusión de debates, tengo que decir que hay un hilo conductor y un punto de salida: la sanidad está gravemente enferma y necesita una inmediata reforma. Es una conclusión de la Comisión y es un punto de partida importante para empezar a deba-

tir y analizar nuestro sistema sanitario. Pero usted, señor Ministro —y se lo tengo que decir— está entorpeciendo el debate. Ayer, en la comparecencia del señor Abril Martorell, todos los Grupos, incluso el suyo, coincidimos en su torpe e irresponsable presentación del informe en esta Cámara, el día 25 de julio, que dio lugar a un debate crispado en la sociedad, que de alguna forma, —y ahora entiendo su comparecencia—, ha venido a confirmar lo que nos temíamos. Tengo la impresión, señor Ministro, que ese debate, el debate real que venimos pidiendo y que la Comisión Abril ha abierto, usted no lo quiere.

Hoy en su comparecencia, señor Ministro, viene a presentarnos su programa de gobierno —por segunda o por tercera vez, con algunas buenas declaraciones de intenciones— extraído de los análisis que se hayan podido hacer en la Comisión.

Curiosamente, algunos de ellos coinciden incluso textualmente con su programa, que planteó aquí el día 8 de mayo, del que extrae lo que realmente ha provocado mayor reacción social, porque electoralmente no le conviene o no quiere.

Señor Ministro, creo que ya tenemos un debate mal encauzado, crispado socialmente, y precisamente —y se lo tengo que decir con esta claridad— por su falta de respeto a esta Cámara. A ello tengo que añadir, señor Ministro, el boicot que su Grupo Parlamentario ha hecho a los grupos de la oposición no entregándonos la documentación completa de la Comisión, el «informe Abril» (a este Diputado, al igual que al resto de los grupos de la oposición, se le notificó ayer mismo que ésta estaba a disposición de la Comisión de Política Social y Empleo), por todo lo cual, entendemos, señor Ministro, que para empezar a hablar de la sanidad los mimbres que se han puesto por parte de usted y de su Grupo no son precisamente lo más convenientes.

Señor Ministro, de su larga intervención, que habrá que leer detenidamente y habrá que ver si hay que encajarla o no con ese debate sereno al que ya ha hecho referencia en esta Cámara, que no creo que pretenda se agote con esta intervención, y si ése es su planteamiento por lo menos mi Grupo va a intentar que no se agote y se realice dentro de esta Cámara; de su intervención, repito, me interesa especialmente la segunda parte, porque la primera es la intervención lógica de un Ministro de un Gobierno que quiere hacer las alabanzas propias del sistema público sanitario, adjudicándose todas las bondades que dice tener hoy el sistema público contra el que nosotros no estamos en contra. Tengo que decirlo por enésima vez en la Cámara: nosotros somos partidarios de un sistema público, pero mejor gestionado, con mayor eficacia, con mejor calidad que la que ustedes han demostrado llevar a cabo a lo largo de sus nueve años de gestión, y esto es precisamente una de las cosas más positivas que dice la Comisión Abril.

Hace S. S. una declaración de intenciones, importante en esas medidas, que, repito, textualmente casi coinciden con su comparecencia del día 8 de mayo; medidas

que, afortunadamente, algunas también coinciden con planteamientos que nosotros venimos haciendo tradicionalmente en esta Cámara y que responden a nuestro propio programa sanitario. Por eso —y lo quiero dejar bien claro—, he dicho que el informe, desde ese punto de vista, no le gusta a nuestro Grupo Parlamentario, no por su contenido, que tiene cosas muy positivas, sino porque entendemos que para decir eso no era necesario el coste ni, tal como se ha constituido, esa Comisión. Aunque usted no lo diga y el señor Abril hiciera un poderoso esfuerzo por transmitir que era una Comisión independiente, para nosotros era una Comisión gubernamental, y así se ha demostrado. **(El señor Vicepresidente, Muñoz García, ocupa la Presidencia.)**

Me alegra oírle decir, señor Ministro, que ahora va a favorecer la libertad de elección de médico. Señor Ministro, la libertad de elección de médico ya está reconocida en la Ley General de Sanidad, desde 1986, en su artículo 14. Nosotros hemos presentado iniciativas parlamentarias en esta Cámara y ustedes han votado en contra de ellas. Ahora dice que va a favorecerlas y que las va a poner en marcha. ¡Bienvenidas sean! Hágalo, pero, me temo que siempre nos vamos a quedar en la misma situación: lo estamos estudiando, se va a hacer a partir de tal fecha, se va a implantar la tarjeta individual... Siempre el mismo discurso. Concluirán esos plazos que usted ha dicho y seguramente tendremos que venir a esta Cámara de nuevo a debatir este tema.

Efectivamente, para nosotros la capacidad de elección asistencial es un elemento muy importante dentro del sistema sanitario, porque sin capacidad de elección asistencial no hay competitividad, y tampoco existe un criterio para medir cuál es el nivel de satisfacción del usuario de cara a la utilización de los servicios sanitarios.

Ustedes hablan de que la información es necesaria, ponen en marcha una serie de encuestas, pero, desde nuestro punto de vista, quien puede medir mejor la calidad de nuestra sanidad es precisamente el usuario en el sentido de que pueda elegir el servicio que él considere conveniente dentro del más amplio espectro de nuestro sistema sanitario, dentro de una organización mucho más abierta de la que actualmente tiene nuestro sistema sanitario; dentro de la utilización de todos los recursos sanitarios, tanto públicos como privados. Además, ya está demostrado en otros sistemas distintos del INSALUD, como es la MUFACE o las entidades concertadas con las empresas en las que la mayoría de los afiliados (en concreto, en MUFACE, el 86 por ciento) escogen precisamente la sanidad privada.

También ha hecho referencia, señor Ministro, a la potenciación de la atención primaria. Estamos de acuerdo. Nosotros lo hemos dicho. Efectivamente, también lo dice la Comisión: es la puerta de entrada de nuestra sanidad. Pero, ustedes se quedan tan satisfechos y contentos con su actual sistema de atención primaria. Usted viene a decir lo mismo que ha dicho siempre con sus centros de salud, pero el hecho real es que la mayoría de los centros de salud ni siquiera cumplen los

objetivos que están previstos en la ley. Aunque teóricamente funcionen los equipos de atención primaria, nuestra atención primaria sigue siendo una atención ambulatoria. Y ahí existen problemas reales de fondo que son los que posteriormente dan lugar a situaciones o a la puesta en práctica de otros remedios que quieren aplicar en los últimos escalones de la sanidad. Ahí está la sobremedicación, lo que ocurre con la masificación de las consultas, la escasez de retribuciones y de motivaciones de los profesionales; lo que sucede con los historiales clínicos, sobre los que tengo noticias de que incluso en algunos ambulatorios se queman... En ese escalón de la sanidad es donde hay que incidir y poner los remedios necesarios. ¿Que usted dice que lo va a potenciar? De acuerdo. ¿Que usted nos pide colaboración para hacerlo? Nosotros se la vamos a dar, pero que se convierta en un hecho real, que no se quede simplemente en una declaración de intenciones.

Señor Ministro, también se ha referido S. S. a los profesionales. Una de nuestras quejas permanentes en esta Cámara es que nuestros profesionales de la sanidad no están suficientemente motivados ni incentivados. Es un sentir generalizado entre todos los profesionales de la sanidad. Hay que ponerle remedio. Queremos ver ese remedio, porque cuando nosotros hablamos de carrera profesional me parece que usted echa marcha atrás, y ahí está uno de los campos más importantes en los que hay que incidir para lograr que los profesionales de nuestra sanidad tengan unos niveles diferentes de los actuales.

No ha hecho usted referencia a un tema, importante también, que está relacionado precisamente con ese debate público que yo mencionaba. Me refiero a la relación jurídica actual de los profesionales de la sanidad. Señor Ministro, parece que esta cuestión le va a dar bastantes quebraderos de cabeza, relacionados precisamente con unas medidas que usted quería adoptar con anticipación a su comparecencia en esta Cámara y que ya ha salido a la luz pública. Se trata de la modificación de la relación jurídica de los profesionales de cara a una reforma de carácter público del INSALUD. Parecer ser, señor Ministro, que usted nos quiere sorprender en los Presupuestos con la conversión del INSALUD en una sociedad estatal, sin que antes hayamos debatido ese tema en la Cámara, en ese debate sereno del que usted hablaba.

Parece ser también que eso ya ha provocado bastantes disgustos dentro de su Gobierno, donde ya hay un enfrentamiento, y usted convoca a las centrales sindicales para que, en el plazo de cuarenta y ocho horas, le firmen rápidamente la modificación de esa relación jurídica actual para convertirla en una relación jurídica laboral normal y sencilla.

Señor Ministro, estamos dispuestos a participar en el debate; estamos dispuestos incluso a llegar a un consenso en determinadas cuestiones porque entendemos que la salud no puede depender de un carnet, la salud es un bien de todos los españoles. Por lo tanto, nos corresponde a todos colaborar para su mejor calidad y

eficacia, pero le ruego que no nos haga trampas y que juegue limpio, señor Ministro, dicho sea con todos los respetos. Si quiere usted el debate, hagámoslo, pero no nos cuele usted lo que más le convenga. Hablemos con claridad para que ese debate sea sereno y en el ámbito del Parlamento, porque ya ha provocado usted una tensión social importante con su torpe presentación aquí, y puede provocar otra tensión social importante afrontando un tema tan delicado y de tanta sensibilidad dentro de la sanidad, como es la relación jurídico-laboral estatutaria de nuestros profesionales sanitarios. Evidentemente, es un hecho que tiene que discutirse, ¡cómo no!, con los sectores sociales afectados, en el ámbito que corresponda, pero no hurtemos al Parlamento, una vez más, el debate sobre una serie de reformas que necesita nuestra sanidad, debate en el que todos los Grupos Parlamentarios estamos interesados en participar.

Por eso le decía al principio, señor Ministro, que hay una especie de ceremonia de la confusión en el debate de la reforma de nuestra sanidad. De esa ceremonia de la confusión es usted el único responsable y hasta su mismo Grupo lo reconoce. Hay que ordenar un debate correcto, en el ámbito parlamentario, para que, si ustedes quieren, nosotros les podamos aportar soluciones, aun teniendo ustedes que reconocer —que no lo hacen— que tienen una gravísima responsabilidad en la situación actual de la sanidad, porque han tenido nueve años para gestionarla, nueve años para hacer de la sanidad un instrumento de mayor calidad, de mayor eficacia, y al cabo de esos nueve años su gestión no parece que sea precisamente muy positiva. Lo venimos diciendo nosotros y ahora lo han ratificado precisamente la Comisión Abril con los resultados de las recomendaciones que se contienen en la misma.

Colaboración, sí, señor Ministro, pero sincera, sin artilugios de los que después tenga que arrepentirse, que dan lugar precisamente a la crispación que hoy existe en la sociedad, como he dicho, por su exclusiva responsabilidad.

Nada más. Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Hernández Mollar.

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

El señor **HINOJOSA I LUCENA**: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, como no podía ser de otra manera, he escuchado con la mayor atención posible su intervención y debo señalar que hay algunos aspectos, sobre todo al final de la misma, que me han parecido positivos y que luego comentaré.

El debate de hoy es el debate de la sanidad como consecuencia de los resultados del informe de la llamada Comisión Abril. Mi Grupo cree que esta Comisión ha hecho un trabajo globalmente bueno, globalmente positivo. Dije ayer que había elaborado un documento polémico y valiente, que requería de un debate en profundidad con unos ciertos ritmos, con una cierta len-

titud, pero sin parar, a partir de ahora, en la profundización de las conclusiones de esta Comisión.

A pesar de que el informe denota unos altibajos, probablemente fruto del consenso que ha habido en la Comisión para presentar un informe sin votos particulares, he de manifestar —como también dije ayer en la Comisión— que no estamos satisfechos de cómo se ha producido la entrega de este documento, ni de cómo se ha iniciado el debate, que ha comenzado el propio Ministerio lanzando el documento a las organizaciones sociales antes que a la propia Comisión y, por tanto, provocando el debate fuera de esta Cámara antes de haberse iniciado aquí.

Dicho esto, me interesa hacer notar algunos de los aspectos de la primera parte del informe. El informe tiene dos grandes partes, a mi juicio, y en esa misma línea va a ir mi intervención. Una parte es la descripción del sistema y, la otra, las soluciones a los problemas que descubren, que no son un gran descubrimiento, sino, simplemente, la confirmación de unos problemas que ya veníamos detectando en el sistema.

En la primera parte nos conviene retener que la Comisión señala que hay dos millones de ciudadanos que han elegido una protección privada de sanidad, y cuatro millones de ciudadanos que están financiando doblemente su protección sanitaria porque pagan unas primas a empresas privadas de protección sanitaria. Ello quiere decir que hay un sector de la población que tiene una cierta desconfianza hacia el sistema, fruto, en muchos casos, de experiencias negativas personales o de algún familiar.

Hay un dato que llama la atención en el informe, y que S. S. ni siquiera ha mencionado aquí, relativo a la financiación. Dice el informe que un 4,5 por ciento de esa financiación, que debe ser de —llamémosles así— atípicos, jamás se cubre; jamás se recupera ese 4,5 por ciento del presupuesto que debería cobrarse por servicios prestados a terceros, como ocurre con los accidentes de tráfico y otros. Un 4,5 por ciento sobre dos billones 642.000 millones, si no me equivoco, son 118.000 millones. No es calderilla. Es un capítulo importante que se podría ir recuperando. Y la Comisión no da ninguna razón de por qué no se cobra. Parece que no se hace por pura desidia, por burocratismo, porque nadie se siente responsable de cobrar esas partidas; por la razón que sea. El hecho es que eso añade una cifra más al déficit del sector.

Pone de manifiesto la Comisión que los centros actúan sin autonomía. Lo sabíamos pero conviene resaltarlo. Los centros sanitarios actúan con una escasa, cuando no nula, autonomía en la gestión, lo cual redundará en perjuicio de la calidad y de la satisfacción del usuario.

La práctica totalidad del personal sanitario está contratado laboralmente por la vía estatutaria, y esa vía —manifiesta la Comisión— es aquella que menos incentiva a los profesionales que están trabajando en el sector público. Hay otro dato importante que la Comisión

pone de relieve y que yo voy a citar porque es sorprendente. La Comisión dice: La Comisión se ve obligada a manifestar que resulta extremadamente difícil, por no decir imposible, obtener datos del personal suficientes y rigurosos; de hecho, la falta de datos constituye una general deficiencia del sistema, que se ha acentuado por el proceso de transferencias a las autonomías. Es decir, hay una falta generalizada de información en el sistema. ¿Cómo se pueden tomar decisiones sobre una organización tan importante como es la sanidad en nuestro país si las fuentes de información, si los gestores que tienen que tomar la decisión no disponen de la información adecuada? Ni siquiera sabemos cuál es el número real de profesionales que están dentro de nuestro sistema sanitario. Ese es un dato que S. S. tampoco ha mencionado aquí —supongo que porque, en cualquier caso, ha tomado nota y pensará resolverlo—. Pero las fuentes de información, como S. S. sabe, porque procede de la empresa privada, son esenciales para tomar decisiones, cosa que no ocurre en nuestro sistema.

Si es verdad también, como dice la Comisión, que el sistema de sanidad ha ido creciendo en su inversión respecto al PIB más que en otros países de la Comunidad Económica Europea, también es cierto que la inversión que se hace sigue estando en la parte baja de los países de la OCDE. Estamos en un 6,3, aunque S. S. ha hablado de un 6,8, pero también habló de un gasto inferior; supongo que por eso la Comisión da esta cifra. En cualquier caso, el 6,3 o el 6,8 está en la parte baja de los países de la OCDE. Por tanto, el gasto de sanidad en nuestro país, a pesar de haber crecido de una manera importante, hay que tener en cuenta que veníamos de mucho más lejos que otros países, y por tanto sigue siendo una inversión escasa.

Voy a entrar en la segunda parte de mi intervención recogiendo los criterios también de la segunda parte de la información que nos da la Comisión.

En la página 27 del informe la Comisión apuesta por un reforzamiento del Consejo Interterritorial. A nosotros, en principio, nos parece bien, siempre que ello no esconda a la larga una nueva forma de centralizar la gestión, la organización y la financiación. Apuesta por ello y nosotros, en principio, no tenemos nada que decir en contra, siempre que ello no sea a la larga otra manera de centralizar el servicio.

El segundo tema que nos parece muy importante, que se pone de manifiesto en la página 28, sobre el que S. S. ha dicho —y he oído con satisfacción— que está dispuesto a llevarlo a término, es el que dice que las administraciones públicas, tanto la estatal como las autonómicas, se conviertan en financiadoras del sistema, los compradores sean los hospitales; los preevedores, los médicos; y el usuario, el cliente. En este tema, en el que hay mucho trabajo por hacer —como S. S. puede imaginar y supongo que sabe mejor que nadie—, encontrará nuestro apoyo, porque nos parece de vital importancia la clarificación de quién es quién y que cada palo aguante su vela, como es natural.

También estamos de acuerdo —nos parece que en ese extremo S. S. va a tener problemas, pero creemos que un gran sector de los profesionales va a estar a su lado— en los puntos 16 y 17 de las recomendaciones. Es razonable que los profesionales de la Medicina tengan las mismas opciones y posibilidades de incentivación profesional y conómica que los profesionales que se dedican a la empresa privada. Un profesional inquieto, valioso, que rinde en su trabajo, que tiene sana ambición profesional, que ofrece resultados positivos superiores a los de sus colegas, no debería tener que sentirse encorsetado por unas relaciones laborales estatutarias, desmotivadoras, paralizantes, poco incentivadoras y que, en definitiva, no le estimulan para realizarse ni como profesional ni, a veces, como persona.

Por ello nos parece bien la recomendación de que, respetando los derechos adquiridos de los actuales profesionales contratados por la vía estatutaria, respetando, digo, sus derechos adquiridos, se empiece a actuar facilitando la gestión a los hospitales y contratando profesionales, por la vía del Estatuto de los Trabajadores, con la posibilidad de acceso y de ascensos con mayor rapidez, de acuerdo con la valía personal de cada uno de los profesionales contratados. De esta manera, reclamo también, con la Comisión, que se devuelva al hospital la posibilidad y la facultad de la gestión de sus servicios.

A nosotros también nos parece bien que se facturen los servicios sanitarios, creando un mercado interno que ayude a clarificar qué es lo que nos cuesta cada gestión sanitaria, cuál es el coste de un paciente en una habitación durante equis días, que el paciente conozca su facturación individual, que vaya en letras rojas, grandes, diciendo «factura no cobrable». No se trata de cobrar, sino de que el paciente conozca cuál es el coste del servicio que se le ha prestado, y que el profesional médico conozca también cuál es el montante total de la facturación que él ha hecho a lo largo de su gestión mensual, semestral o anual, pero que de una manera concreta se implique a los profesionales y a los usuarios «clientes» en el conocimiento de cuál es el coste real de la utilización del servicio médico o del acto sanitario que corresponda. Ello no para tratar de reprimir el gasto ni para tratar de hurtar calidad a los servicios; simplemente para tener conciencia de que el bien común requiere que se utilicen adecuadamente los recursos comunes.

He de recordar, no obstante, a S. S. y a esta Cámara, aunque ya lo ha dicho S. S. antes en la prensa y ahora aquí —para mí tiene valor lo que ha dicho aquí—, que el Gobierno no piensa tomar en consideración el punto 42, que es que prevé la posibilidad de la colaboración del usuario en el pago de una parte del acto médico. Estamos de acuerdo en que hay países de nuestro entorno europeo que han puesto en práctica el famoso tique y el usuario cotiza una parte del coste de su acto médico. También sabemos que esa no ha sido la solución para los sistemas de financiación de los demás países, que también tienen problemas en esta lí-

nea, pero, aunque no los tuvieran, nosotros estaríamos en este momento en contra de poner en práctica el famoso tique. Quizás en otro momento se pueda hablar de ello, pero hoy por hoy es, a nuestro juicio, muy prematuro poner en marcha el tique.

Estamos rotundamente en contra de lo que podría ser la toma en consideración de los puntos 48, 49 y 50. De ninguna manera los pensionistas y los minusválidos deben soportar el coste del gasto farmacéutico. Ya lo ha dicho S. S., por tanto le apoyamos en ello: de ninguna manera. Ello no quiere decir, de todas formas, que por la vía educacional, por la vía de la petición o de la responsabilización de los propios colectivos de personas mayores, no se les haga tomar conciencia de ese 70 por ciento del gasto farmacéutico que S. S. ha puesto de manifiesto aquí y que la Comisión también destaca. Es evidente que hay un sobreconsumo médico inútil, que va al cubo de la basura y que no sirve para el propio solicitante del medicamento, por lo que sería importante que, por la vía de la pedagogía, se hiciera tomar conciencia en estos colectivos de que también ése es un gasto que habría que contemplar, racionalizar y utilizar de la mejor manera. Pero, repito, mi Grupo se opondría frontalmente a que los pensionistas o los minusválidos tuviesen que cotizar para el gasto farmacéutico.

Finalmente —se me acabó el tiempo prácticamente—, encontramos a faltar algunas cosas, señor Ministro. Encontramos a faltar un mayor protagonismo de los minusválidos en el informe de la Comisión. Hay a lo largo del mismo una ausencia de los criterios de las organizaciones que trabajan con este colectivo de personas. Se pasa bastante de puntillas sobre el tema de las listas de espera, y en este momento, señor Presidente, señor Ministro, se nos plantean dudas acerca de que S. S. tenga el valor político suficiente para traer a esta Cámara todas aquellas medidas jurídicas que permitan el cambio de algunos de los problemas que ya hemos citado aquí.

De todas formas, queremos manifestarle que nos tendrá a su lado, le ayudaremos, le apoyaremos en aquellas medidas que traiga a esta Cámara, previo debate, y que permitan la reforma de la organización del sistema de la salud; que permitan la mayor —pero la mejor— utilización de los recursos financieros del sistema; que permitan un cambio en profundidad de la relación laboral de los profesionales con el sistema; medidas todas ellas dirigidas a primar los criterios de eficacia y eficiencia en la relación de esa institución básica de la sociedad española respecto a sus usuarios. Como digo, nos tendrá su lado si ello lleva a ese fin de mejorar la asistencia a nuestros ciudadanos. Pero tengo dudas de que S. S. traiga esas medidas de una manera continuada y a la mayor brevedad posible.

Nada más, señor Presidente. Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Hinojosa.

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

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

Señorías, señor Ministro, gracias por su comparecencia ante el Pleno, a petición de Izquierda Unida y del Grupo Mixto, que consideraron indispensable su presencia hoy aquí para intentar intervenir, desde la claridad de las propuestas políticas, sobre lo que unánimemente se llama el período de confusión social más agudo que quizás ha vivido este país desde la transición democrática sobre el futuro de los servicios sanitarios públicos, sobre todo en los primeros días del mes de septiembre, ante la evidencia de que el informe Abril (el informe de la Comisión para Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejoras del Sistema Sanitario) no lo apadrinaba nadie; ante la evidencia de que al propio Ministerio le quemaba entre las manos y ante la constancia de que sí había propuestas concretas inmediatas, derivadas de la filosofía y de los principios que han alentado el informe, que su Ministerio intentaba poner en marcha. Todo ello hacía que pareciera que, una vez más, se trataba de hurtar al Parlamento o por lo menos de enmarañar el debate, centrando el análisis en los informes de la Comisión, mientras el Ministerio ponía en marcha medidas que se derivan directamente del contenido del informe, intentando utilizar otros medios a los que luego me referiré.

En primer lugar, quiero señalar la responsabilidad directa del Ministerio de Sanidad, tal y como ayer afirmó el señor Abril Martorell, en el nombramiento del señor Abril —en la actualidad banquero y empresario— como presidente de la Comisión y en el nombramiento de los nueve miembros que la componen, de los cuales siete están vinculados económicamente a la sanidad privada. Ayer tuve ocasión de decirlo, pero quiero repetirlo, porque es importante.

La pretendida independencia de la Comisión no sé si es independencia política porque la declaración sobre las ideas es algo que la Constitución ampara; lo que sí es cierto es la dependencia de intereses económicos de la sanidad privada de la abrumadora mayoría de los miembros de la Comisión (y que, evidentemente, va a conferir un sesgo determinado a sus conclusiones) así como que dichos miembros han sido nombrados por su predecesor en el cargo, el Ministro García Vargas, presidente entonces del Consejo Interterritorial del Insalud. Que el Ministerio de Sanidad no sepa qué hacer en este momento con el informe, que haya tenido la rara virtud de concitar la unanimidad social en su contra es comprensible; pero, desde luego, ese informe jamás hubiera afirmado lo que dice si la composición de los pretendidos expertos no hubiera sido la que ha sido.

Desde el punto de vista de la izquierda, señor García Valverde, el informe es políticamente impresentable y sanitariamente inútil. Izquierda Unida —lo recuerdo— se vio en la obligación, ante las informaciones, declaraciones y contradicciones, de señalar a la opinión pública los aspectos más destacados del informe Abril Martorell. Desgraciadamente no nos hemos equivoca-

do en ninguno, a pesar de que una vez más tuvimos que sufrir críticas de intoxicación informativa y hasta de agitación social imprudente.

El propio Nicolás Redondo, Secretario General de UGT, lo calificó de pobre coartada para justificar medidas ya tomadas, que se encaminaban en un sentido único, que era el que puso en movimiento resortes de tal envergadura como la participación progresiva del sector sanitario privado en la sanidad española. Por cierto, objetivo de política sanitaria que usted señaló el día 8 de mayo en su comparecencia y que hoy no ha nombrado. Evidentemente desearía que eso fuera el producto de un cambio de orientación política y no como la valoración por su parte de que es inoportuno de señalar en este momento que un objetivo de su política sanitaria es el desarrollo del sector privado.

Por otro lado, yo quería señalar que cuando usted hablaba de la coherencia interna de la política económica con la política sanitaria estaba señalando una verdad indiscutible. Desgraciadamente en estos momentos y después del discurso del otro día en esta Cámara del señor Solchaga —un brillante y coherente discurso— los objetivos fundamentales de la política económica que en este momento está llevando a cabo su Gobierno son objetivos de política económica neoliberales. En este momento, cuando Izquierda Unida reclamaba que mantener un déficit público del 2 por ciento del PIB no era ninguna tragedia, que otros países tenían un déficit semejante, que la inflación podía aguantar que se destinara ese 2 por ciento a gastos sociales, en este momento, cuando el problema del señor Solchaga es que no recauda lo suficiente de impuestos, me parece que ese 2 por ciento (no destinado a gastos sociales, sino de permanencia del fraude en la declaración fiscal) es algo que este país puede soportar. Desde luego nada tiene que ver con políticas del Estado del bienestar y nada que ver con políticas de progreso en los servicios sociales.

Izquierda Unida está de acuerdo en que la sanidad española necesita mejoras urgentes. Mejoras urgentes que circulan —una vez más lo repito— en dirección contraria de lo que plantea el informe Abril Martorell, de la que tenemos constancia, desgraciadamente, no a través de la lectura del informe que usted ha leído, sino de lo que parecen ser las líneas fundamentales de la política de su Ministerio; líneas y tendencias que están siendo contradichas por aquellos países que, como Francia y Estados Unidos, las siguieron anteriormente. En este sentido yo quiero señalar que estos países que han adoptado medidas de potenciación de los servicios privados se han encontrado con problemas tales como el gasto desmesurado en sanidad y la burocratización del sistema. Por eso, cuando se achaca al sistema público la burocracia, que no digo que no haya que eliminar y mejorar, habría que recordar que en Estados de los Estados Unidos se gasta en perseguir la receta, en perseguir la factura, exactamente para servicios sanitarios que cubren a tres millones de personas, la misma cantidad en administración y burocracia

que en Canadá para cubrir a 26 millones. El sistema privado es el más burocrático del mundo, porque, por encima de otros intereses humanos y de salud, se persigue que no se pierda ni una sola peseta que pudiera ir, evidentemente, a aumentar las arcas de las aseguradoras privadas.

Efectivamente, el sistema sanitario tiene problemas, pero el diagnóstico de éstos, señor García Valverde, no tiene nada que ver con el diagnóstico que usted ha hecho. A cualquier sensibilidad social, a cualquier sensibilidad de izquierda le hubiera alarmado profundamente escuchar cómo usted no atribuye, entre los factores condicionantes de la salud y de las personas, aquel en el que unánimemente coinciden los expertos en salud pública y la Organización Mundial de la Salud: el factor socioeconómico, señor García Valverde, las desigualdades sociales y, en primer lugar y por encima de todo, el desempleo, son los principales factores de riesgo para la salud. El análisis que usted hace, desde luego, tranquiliza conciencias: son los malos hábitos, cuando no los malos vicios (aludiendo a ancestrales sentimientos de pecado), lo que está traducándose en menores niveles de salud o en mayores problemas de enfermedad. La «culpabilización» del individuo de sus propios hábitos en sus problemas de salud es algo que no tiene mucho que ver con la ideología que en teoría sustenta a su Grupo y, desde luego, es el argumento básico de las políticas neoliberales de la nueva derecha para justificar modificaciones de los servicios sanitarios en el sentido de la privatización.

El diagnóstico de los problemas, señor García Valverde, se sitúa en sus aspectos cuantitativos en una deuda histórica en este país con respecto a los servicios sanitarios, que tiene su origen en su creación en los últimos años de la dictadura y cuya brecha entre necesidades sociales y recursos sanitarios no ha hecho más que agrandarse. Es verdad que el gasto en sanidad ha aumentado, pero, desde luego, detrás de las necesidades, y ha sido absorbido por la extensión de la cobertura sanitaria traducándose en una precarización de los servicios. Es necesario no solamente no limitar las prestaciones, sino extenderlas, ya que cada vez hay más demandas de la población, como es la salud bucodental, como es la salud mental en condiciones, como son actividades preventivas relacionadas con patologías de la mujer, absolutamente prevenibles y con niveles de diagnóstico muy bajos en nuestro país, como es la detección precoz del cáncer de mama o del cáncer de útero, como es la interrupción voluntaria del embarazo dentro de la sanidad pública, como es la salud laboral y la salud mental.

Nosotros compartimos algunos aspectos fundamentales del nuevo modelo que la Ley General de Sanidad puso en marcha, pero si votamos en contra, señor García Valverde —si usted siguió los debates de sanidad— fue porque teníamos serias dudas, había artículos de la Ley General de Sanidad que incluían tales contradicciones que podían hacer posible lo que está pasando, que la Ley estuviera ahí y su desarrollo no estuviera

garantizado, ni muchísimo menos, en el sentido de progreso. Desgraciadamente, los hechos nos han venido a dar la razón.

El nuevo modelo, basado en la descentralización, señor García Valverde, en la unificación de redes, que todavía no se ha producido en este país, es algo que nuestra fuerza política defendía entonces y que años atrás ustedes también defendían; descentralización basada en las transferencias a las comunidades autónomas, aspecto que no ha aparecido de ninguna manera en su discurso, y del que desgraciadamente sabemos que no se va a producir a los servicios de salud de las comunidades autónomas, sino que su intención es crear otro tipo de sociedades estatales de las que hablaré más adelante.

Cuando usted habla, señor García Valverde, como sus predecesores en sus tomas de posesiones, del Programa Salud para todos en el año 2000, desgraciadamente si no fuera tan importante y tan trascendente para la salud de los ciudadanos, haría llevar a nuestros labios una sonrisa de escepticismo. Cuando se produce la quiebra de los principios fundamentales que sustentan el Programa de Salud en el año 2000, como es la Declaración de Alma-Ata de la atención primaria de salud; cuando se habla de la unificación de la prevención de la asistencia y de la rehabilitación, de la participación de la población en la planificación y en la gestión de los servicios sanitarios como condición «sine qua non» para la eficacia de los programas de salud; cuando se habla de la potenciación de la prevención y de la atención primaria, que usted, cuando conocemos las líneas fundamentales de lo que son los presupuestos de Sanidad para 1992, hable de salud para todos en el año 2000 provoca que, sobre todo cuando la historia es la que es y el futuro aparece como aparece, el escepticismo no deje lugar a otros sentimientos al oírle hablar de ello.

Usted está proponiendo, para agilizar la gestión, aspectos que permitan evadir a los servicios sanitarios la Ley de Contratos del Estado. Está justificando los entes públicos de derecho privado como cambio de la naturaleza jurídico-administrativa de los servicios sanitarios y con el objetivo de mejorar la gestión. La Ley de Contratos del Estado, señor García Valverde, probablemente necesite ser modificada. Izquierda Unida no se niega a ello; a lo que se va a negar taxativamente Izquierda Unida es a que, por esa vía, por la vía del cambio de la naturaleza jurídico-administrativa, puedan los servicios sanitarios, como servicios públicos en este país, evadir el control social y parlamentario de su gestión, que eso sí que lo posibilita el derecho privado. El que las contrataciones se hagan con aspectos de derecho privado, el que criterios de gestión en la empresa privada primen en los servicios sanitarios públicos es algo que contradice frontalmente su naturaleza y sus objetivos esenciales.

Cuando yo decía que el núcleo central de la privatización es el objetivo final del movimiento de fuerzas que se está produciendo en la sociedad española en es-

te momento, que se ha traducido en el informe Abril Martorell y que puede traducirse —sinceramente, ojalá no lo consiga, señor García Valverde— en las modificaciones que usted intenta imprimir a los servicios sanitarios, es porque la palabra mágica de la eficiencia es la que con mayor frecuencia se pronuncia en los discursos de los técnicos de la sanidad del Ministerio, y desde luego en el informe Abril Martorell, y yo quiero denunciar ese concepto, sacado fuera de contexto, como una gran estafa desde el punto de vista ideológico.

La eficiencia se define como la cantidad de recursos utilizados en la consecución de determinados objetivos, y los objetivos, señor Ministro, usted lo sabe mejor que yo, del sector público son antitéticos y contradictorios e incompatibles con los objetivos de la empresa privada. La eficiencia del capital se traduce en eficacia en conseguir el objetivo prioritario: la acumulación de capital; la eficiencia en el servicio público se traduce en la intervención eficaz sobre los principales problemas de salud, y de ahí que la selección de riesgos, que es el eje central sobre el cual establecen su estrategia las aseguradoras privadas, deje de lado a los sectores prioritarios para la sanidad pública (es decir, ancianos, minusválidos, enfermos crónicos, enfermos mentales, personas con necesidades socioeconómicas, que son los colectivos prioritarios para el servicio público), de los que huye cualquier criterio de rentabilidad en la empresa privada. Así que, señor García Valverde, la ineficiencia elevada a máxima de principio de política sanitaria es una falacia ideológica inaceptable y que, desde luego, en la medida de mis posibilidades, intentaré contribuir a aclarar.

Otro de los elementos fundamentales del modelo, que usted también ha señalado, fíjese qué casualidad, es el tema de la prevención como eje central. Usted sabe que el tema de la prevención como eje central lo compartimos, y sabe que compartimos la necesidad de interrelación entre los sectores sociales en función de objetivos de salud. Recuerdo que, derivado directamente de ese planteamiento, debería deducirse que para la política económica de su Gobierno la prioridad absoluta de todas las medidas sería la disminución del desempleo, como principal factor de riesgo para la salud.

Sin embargo, usted sabe que respecto al informe Saltman, al que usted ha aludido, en Suecia, cuando intentó introducir modificaciones destinadas a potenciar la sanidad privada en territorios de Suecia, ninguna empresa privada aceptó que medidas preventivas se incluyeran dentro de las prestaciones a proveer a la población. La prevención no es rentable para la sanidad privada.

Sin embargo, no sé si se trata, una vez más, a la hora de potenciar la sanidad privada, de socializar las pérdidas y privatizar los beneficios.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Señora Maestra, le ruego concluya.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Gracias.

Por otro lado, finalmente, cuando en el mismo infor-

me se intentaba potenciar la participación privada en la prestación en este caso de asistencia, apareció una paradoja curiosa: en los barrios altos de Suecia aparecían a licitar muchas empresas y a precios competitivos en la prestación de asistencia sanitaria. En los barrios obreros de Suecia, que probablemente son pocos comparables a los que existen por aquí (yo no he estado en Suecia nunca), apareció una sola empresa privada a licitar la prestación de asistencia sanitaria, y esa empresa a precios más caros de los que estaba ofreciendo la sanidad pública en ese momento.

Es decir, la equidad, como objetivo, exige, como condición «sine qua non», financiación y provisión pública de servicios sanitarios para garantizar la equidad y para garantizar también disminuciones de gasto.

Usted sabe, señor García Valverde, como lo saben los representantes del Grupo Catalán Convergència i Unió, señor Hinojosa, que la introducción de medidas de privatización en Cataluña, de medidas de privatización importantísimas y en cuantía muy grande en el sistema sanitario catalán, han aumentado desmesuradamente el gasto sanitario, incluido el gasto farmacéutico. Ustedes saben que, a igual coste en la prestación de servicios, al sistema privado hay que añadirle los beneficios del capital. No hay magia en el mercado, no hay magia en la competitividad. El beneficio privado, añadido al coste de los servicios sanitarios, eleva el gasto.

Entonces, señor García Valverde, cuando usted ha dicho que no se va a disminuir el gasto en sanidad, ¡menos mal!, pero cuando lo que hace falta es elevarlo muy por encima de los niveles actuales, cosa que ustedes no van a hacer, como han señalado en los avances de presupuestos de Sanidad —congelación de gasto en inversiones, disminución en inversiones de reposición y congelación prácticamente de los gastos de personal—, cuando ustedes no van a aumentar el gasto sanitario y aumentan las necesidades, y, por otro lado, se anuncia la privatización, lo que va a ocurrir, inevitablemente, aunque ustedes no lo anuncian ahora, pero que va a ocurrir, es que aumentará el gasto privado en sanidad, el gasto que sale de los bolsillos de los ciudadanos, porque se verán ustedes obligados a limitar prestaciones.

En este sentido, las propuestas de Izquierda Unida son claras: coherencia de política económica con política sanitaria. ¡Claro que sí! Lo primero con objetivos macroeconómicos, en los cuales la prioridad absoluta sea el llegar al pleno empleo como primer elemento del Estado del bienestar que ustedes defienden y la articulación de los mecanismos económicos y sociales hacia objetivos de calidad de vida.

El incremento del gasto sobre el producto interior bruto a niveles superiores a los existentes, no le voy a discutir cifras, pero el gasto público en este país usted sabe que está muy por debajo del de otros países...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Señora Maestra, le ruego concluya.

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

Se plantea como urgente la reforma de la atención primaria, la modernización de los hospitales, el gasto en medicamentos, la intervención sobre los precios de los medicamentos, la unificación de redes y la descentralización y, sobre todo, la participación de la población, cosa que es absolutamente inviable en el modelo que usted propone de cambio de la naturaleza jurídico-administrativa de los centros sanitarios.

En este momento, en el que las tendencias básicas se identifican con toda claridad, yo querría recordar, en este caso a los Diputados del Grupo Socialista, que no hace tampoco tantos años, al comienzo de la transición, en el año 1977, y en un congreso socialista celebrado en Barcelona, uno de los puntos de debate y uno de los puntos que aparecen en las conclusiones, citado en la bibliografía, llegaba yo creo que más lejos que nadie —y muy bien desde mi punto de vista—, pero llegaba a formular, con mayor claridad que nadie, cuál era la distorsión que producían los intereses económicos privados en un servicio social esencial como la sanidad. Y planteaban, como conclusión: el estado no es solamente responsable de la salud de los ciudadanos, sino también de proteger a los ciudadanos contra los intereses privados —y seguía—, contra los intereses de la banca, de la industria farmacéutica y de las aseguradoras privadas.

En estos momentos, en los que, desgraciadamente, Izquierda Unida parece quedarse sola a la hora de enfrentarse contra medidas de privatización y apostando decididamente por el sistema sanitario público, no con palabras, señor Ministro, sino con programas de gasto y con medidas importantes de cambio de modelo, en el sentido del servicio nacional de salud que en tiempo defendíamos juntos, me va a permitir el señor Presidente que termine con una cita del novelista suizo Dürrenmatt, que decía —probablemente estando ante situaciones parecidas— lo siguiente: ¡Qué tiempos éstos en los que es necesario luchar por lo evidente!

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señora Maestra.

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

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Señor Presidente, señorías, en nombre de CDS voy a fijar la posición de mi Partido en torno a esta comparecencia solicitada por Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y por el Grupo Mixto para que el Gobierno, a través del señor Ministro, explicase su consideración y evaluación del informe que la comisión para el estudio, evaluación y propuestas de mejora del sistema de salud ha entregado ya a la Cámara.

En principio, nosotros pensamos que era una comparecencia prematura, porque en estos momentos en que el informe acaba de entrar en el Parlamento podía ser que el Gobierno se limitara a decir que ya se produciría en la Cámara el debate correspondiente y en su

día el Gobierno tomaría postura ante ello, si lo estimaba oportuno. La comparecencia del señor Ministro no ha ido en esa línea. Nosotros creemos que debemos agradecerle, en la medida en que, sin entrar en una evaluación del informe, que pienso que, efectivamente, no tendría en estos momentos demasiado sentido, sí ha tomado en consideración algunos aspectos que están íntimamente relacionados con lo que el informe dice.

El informe, que no puede ser vinculante para nadie —para nosotros, naturalmente, no lo es—, no solamente verifica y comprueba algunas de las contradicciones que nuestro sistema de salud tiene —contradicciones unas intrínsecas y otras derivadas de los fenómenos sociales que han ido incidiendo sobre él—, sino que, además, da una línea de reflexión, de estudio para muchos de esos problemas y justamente para iniciar y alimentar el debate, para que se puedan alcanzar soluciones lo más consensuadas posibles. En ese sentido yo quiero señalar que debemos agradecer a la Comisión el que ayer, por boca del señor Abril Martorell, nos informara de que los tres criterios que habían presidido sus trabajos eran: la independencia, la búsqueda de consenso interno como anticipo de ese objetivo de consenso externo, al cual debería ponerse al servicio el informe, y el haber procurado una base amplia de participación. Creemos que eso ya da calidad al informe, independientemente de su contenido.

El señor Ministro, probablemente porque su primera comparecencia fue ante la Comisión, ha iniciado su intervención con una serie de generalidades, que siempre parece que acompañan a la presentación de un programa de Gobierno o de un programa de medidas de Gobierno por parte de cualquier Departamento, en este caso el de Sanidad, análisis que no es el momento de comentar. Yo solamente diré que, en su conjunto, si fuéramos entresacando todos los aspectos que el señor Ministro ha ido señalando, llegaríamos a la conclusión de que la situación de la sanidad presenta un aspecto realmente desolador. Y justamente eso es lo que, al hilo de ese conjunto de generalidades y de descripciones de la situación del sistema, justifica, una vez más, la necesidad de ese informe que nos permita debatir serenamente sobre esa situación.

Además, el informe nos debe ayudar a lo que alguien ha dicho: a partir de ahora las cosas ya no van a ser iguales, porque ahora ya tenemos un conjunto de conceptos a los cuales atenernos y, sobre todo, una información amplia que no podemos eludir ni ignorar.

Me voy a limitar a una cosa, conocida desde hace muchísimo tiempo. Canadá es un país que merece el respeto de todos los que defendemos los sistemas públicos de sanidad. En Canadá toda la financiación del gasto público total del país es pública. Es decir que no existe, desde el punto de vista de la financiación, sector privado. Todo lo que hay es sector público. Pero, a su vez (y esto es lo que a mí me extraña que todavía se siga desconociendo) no hay ni siquiera un centro que sea público para precisamente desarrollar y poner, digamos, en forma de prestaciones ese sector público por anto-

nomasia. Es decir, todos los centros que dan prestaciones sanitarias en Canadá con la financiación pública, que es lo que caracteriza que sea un sistema público, son privados. Vamos a ver si ya comenzamos a clarificar los conceptos y, sobre todo, las situaciones y experiencias que realmente manejamos y que nos pueden servir a nosotros de utilidad.

Efectivamente, yo creo que después de este informe, con todas las consideraciones políticas y técnicas que se puedan hacer, hay cosas que ya no se podrán ignorar, y esto también es bueno.

El informe, señor Ministro (y usted debería hacer especial hincapié en ello), es un informe fundamentalmente de gestión, y usted, que es un experto en gestión y que, según ha dicho, forma parte del Gobierno precisamente para desplegar sus conocimientos y habilidades en la materia, debería, en mi opinión, haber señalado eso.

Todos los informes sanitarios que se han hecho, los más importantes —el informe Griffiths, el Dekker, el Dalamodellen—, son informes de gestión, si bien alguno de ellos es más rico que este nuestro en lo que se refiere a prestaciones, como, por ejemplo, el holandés, que ha permitido profundizar en el tema de las prestaciones (cuestión muy importante) al Gobierno holandés después de un año de debate. El Parlamento holandés no se asustó de someter a debate el informe durante un año y el Gobierno holandés se lo ha agradecido después en forma de medidas concretas, que suponemos que el pueblo agradecerá posteriormente.

El informe de gestión señala aspectos muy singulares: por ejemplo, la necesidad de la descentralización; la necesidad de que se produzca en nuestro país una auténtica descentralización, en la línea, como se ha señalado antes, de las Comunidades Autónomas. Por tanto, nos extraña que en el Ministerio en estos momentos se esté pensando en no promover la descentralización en ese sentido, es decir, seguir con las transferencias a las Comunidades Autónomas que todavía no la tienen. Esto plantea un serio problema, porque va a petrificar cualquier medida que se tome en este sentido, se llame ente público, INSALUD o como se llame; va a petrificar la situación actual y va a aumentar las desigualdades sociales, en este caso en el ámbito sanitario, en nuestro país.

Usted ha dicho que es necesario que garanticemos la homogeneidad de las prestaciones, pero me temo que usted piensa que para homogeneizar la calidad de las prestaciones el que tiene que aportar ese, digamos, factor homogeneizador es el Ministerio de Sanidad. Nosotros pensamos justo lo contrario. Pensamos que el Ministerio de Sanidad, descentralizando, en el sentido de trasladando las competencias a las Comunidades Autónomas, va a permitir que, por la vía de la competencia, las distintas Comunidades Autónomas se facturen prestaciones entre sí y que aquellas que dispongan de determinado tipo de equipamientos y dispositivos puedan ponerlos al servicio de las colindantes, facilitando de ese modo una mejor utilización de los recur-

sos, tanto de las unas como de las otras. Eso es lo que más homogeneiza las prestaciones, desde el punto de vista técnico-económico. Desde el punto de vista estrictamente técnico-sanitario muchísimo más, porque no hay nada que esté más a favor del Estado de las autonomías —y permítaseme esta exageración— que la necesidad de que en el tema sanitario se transfieran todas las competencias.

Estoy de acuerdo con una apreciación del señor Hinojosa, y voy a ir más lejos. El señor Hinojosa planteaba que habría que tener cuidado no fuera a ser que el Consejo Interterritorial de Salud fuera utilizado para una centralización, y yo diría que fuera utilizado para que el Gobierno central recupera las competencias que previamente ha transferido a las Comunidades Autónomas. Sería un gravísimo error. A mí me agradaría que el señor Ministro, aunque fuera con una pincelada, nos aclarara esta cuestión.

Desde nuestro punto de vista, el Consejo Interterritorial de Salud tiene que garantizar esa homogeneización, pero cada Comunidad Autónoma tiene que estar en condiciones de instaurar en su circunscripción el sistema sanitario que crea más adecuado a sus necesidades. Ese es el fin de hacer las transferencias.

Esta descentralización se debe realizar también —y ahora cambio a otro ámbito— en los centros sanitarios. Es necesario que se dé autonomía al funcionamiento de los centros sanitarios, porque esa autonomía es previa a la introducción de medidas de gestión que afectan al personal sanitario. Quiero señalar esto de un modo muy especial, precisamente en estos momentos en los que parece que el señor Ministro tiene alguna idea a este respecto. Mientras no se produzca la autonomía de los centros sanitarios, y esa autonomía llegue a penetrar hasta la última unidad, departamento o servicio dentro de los centros sanitarios, no es posible iniciar ningún tipo de medidas que traten de modificar el sistema laboral estatutario que en estos momentos tenemos, con el cual tampoco estamos de acuerdo, aunque entendemos que no se puede abordar sin que previamente se introduzcan las otras medidas.

No me voy a extender más. Lo voy a decir con una frase que repetí más de una vez en las elecciones autonómicas en mi condición de candidato: Es necesario descentralizar la responsabilidad económica, pero también la responsabilidad técnica. Esa es la razón de que sólo después de haber dado autonomía, haber descentralizado la responsabilidad técnica, es decir, la responsabilidad del que realiza el acto médico, se pueda pensar en lo otro. Porque no basta con garantizar la estabilidad de las plantillas —¡faltaría más!—, derechos adquiridos, etcétera. Nosotros estamos a favor de que se produzca un sistema de libre contratación que naturalmente no afecte a lo que previamente se haya adquirido. Pero esa estabilidad de las plantillas solamente se puede hacer —y ello no significa una estabilidad de la pobreza en los emolumentos y de la pobreza en la posibilidad de los profesionales de ampliar sus horizontes en formación, en prestigio— en verse retribui-

dos en virtud del esfuerzo y del mérito que desarrollan. Esa es la auténtica estabilidad de las plantillas. Desde hace algunos años ya ningún médico de prestigio dice que él trabaja en tal hospital público. Cuando yo inicié, con un grupo reducido de médicos —a petición del Ministerio—, la puesta en marcha del Ramón y Cajal, era una nota impresionante de prestigio el decir que se trabajaba allí. No hay ningún médico en estos momentos de los de más prestigio del Ramón y Cajal que, como tarjeta de visita, diga que trabaja ahí. Lo que dice es que trabaja en tal o cual clínica privada, donde está acreditado su quehacer médico a la sociedad. Eso es grae. Eso precisamente es lo que no sucede en Canadá, señor Ministro. Allí no existe esa esquizofrenia, esa situación, que es necesario superar.

Nosotros todavía somos un partido liberal. No se ría, señor Ministro. El «todavía» lo puede colocar usted o SS. SS. en «partido» o en «liberal» —no quiero dar pistas—; pero, en fin, esa es la situación. Somos un partido liberal y sabemos muy bien que una de las tres razones que permiten intervenir al Estado es precisamente la gestión, los problemas que plantea la gestión.

Hay otra cuestión a la cual yo me quiero referir muy rápidamente y que usted no ha señalado y que es capital en nuestro sistema de salud.

Nuestro sistema de salud, como usted bien sabe, es un sistema abierto. Nuestro sistema de salud se inicia en plena dictadura y, por lo tanto, arrastra las características de los sistemas de salud de todas las dictaduras, porque todas ponen la medicina, más que la sanidad, pero, desde luego, ambas cosas, a su servicio para poner de manifiesto que ese país, por lo menos en lo que a morir se refiere, es igual a los demás. ¿Qué sucedió? Que, naturalmente —por razones que no voy a detallar porque no me puedo extender— es un sistema que garantizaba todo tipo de prestaciones. Después, los cambios sociales, la mejora de la calidad de vida, los fenómenos demográficos, etcétera, han hecho que el sistema de salud, si ha de permanecer abierto, esté condenado a no poder resolver lo que tantas veces he señalado como encrucijada entre unos recursos finitos, una calidad que es necesario mantener y esa, digamos, universalización que es característica de un sistema abierto con todo tipo de prestaciones.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Señor Revilla, le ruego concluya.

El señor **REVILLA RODRIGUEZ**: Solamente le quiero señalar un aspecto importante. Por primera vez en el mundo avanzado y por primera vez en Estados Unidos, recientemente, en el estado de Oregón se ha producido un fenómeno que debemos tomar en cuenta. No lo dice el informe Abril, pero yo se lo añado. Se trata de que los profesionales y los políticos del condado, los políticos responsables de la política sanitaria de esa área de salud se han reunido para establecer unos niveles estándares de asistencia, con el fin de dar asis-

tencia a todas las personas, porque había unos tres millones de personas que no la tenían, y ahora quieren darle asistencia a todos, en contradicción con el sistema general de Estados Unidos, pero, como digo, para dar esa asistencia a todos necesitan establecer primero esa línea estándar de asistencia. Lo quieren hacer en algo que yo llamaría un racionamiento consentido, debatido o democráticamente consensuado, a diferencia del racionamiento impuesto, que es el característico de Gran Bretaña, donde una serie de prestaciones no se dan y la gente tiene que aguantarse con ello; o a diferencia del racionamiento subrepticio e irracional que se produce en nuestro país con un sistema abierto que consiste en el efecto disuasorio —y otros que no voy a enumerar— de las listas de espera. Es decir, ¿es necesario que se estime que en este sistema abierto todas las mujeres a partir de los 20 años tienen derecho a una corrección, más que de cirugía vascular de cirugía estética, en relación con algunas apariciones que puedan producirse en las piernas? Esto es una pregunta. Porque, desde luego, si entendemos que esa es una prestación que la calidad de vida de nuestro sistema económico nos permite, lo tendremos que decidir así; pero, naturalmente, eso será a costa de que personas mayores de 80 años no puedan tener la asistencia que deben, puesto que ya no nos tenemos que preocupar de que vivan mejor los que tienen más de 65 años, que, afortunadamente, han llegado a esa edad y la superan, sino, ¡jojo!, de que la cuarta edad esté realmente atendida y cuidada, porque estamos produciendo —y en eso los catalanes nos están dando ejemplo a todo el país— graves disfuncionalidades no sólo en el tratamiento y la asistencia social, sino en las posibilidades de curación de las personas mayores de 80 años que ya, afortunadamente, van siendo numerosas en este país.

De modo muy acelerado, efectuaré algunos comentarios...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Señor Revilla, le ruego concluya.

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

Señor Ministro, usted ha hablado de liberalización de energía refiriéndose a los profesionales. Yo diría, señor Ministro, captación de energías, porque lo que se ha producido ha sido una liberalización en el sentido de que se han masificado las energías de los profesionales y es necesario captarlas de nuevo para una actuación racional, para una actuación técnicamente correcta —que, afortunadamente, todavía es lo único que no falla porque está a cargo de ellos con su sentido de responsabilidad— y, por último, para que puedan sentirse satisfechos, desde su punto de vista profesional y humano, al servicio de un sistema que funcione.

Lo decía antes y lo repito ahora. Nosotros somos un partido liberal que no acepta el diseño de una sociedad que sólo se dedique a generar riqueza, que es importante, pero también sabemos que es necesario

afrontar los problemas relativos a la calidad de vida, los problemas de la distribución, los problemas del reparto. Ahí es donde está el gran debate de la sanidad, señor Ministro.

Muchas gracias, señor Ministro, por su comparecencia y también gracias al Grupo proponente porque, aunque pensábamos que ésta iba a ser una comparecencia prematura, sin embargo creemos que ha servido para iniciar este debate, en el cual colaboraremos todo lo que podamos.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Revilla.

Por el Grupo Vasco PNV, tiene la palabra el señor Olabarría.

El señor **OLABARRIA MUÑOZ**: Señor Presidente, señorías, señor Ministro, quiero comenzar mi intervención felicitándole, en primer lugar por su exhaustiva y agotadora intervención inicial. No agotadora —no me malinterprete— en el sentido físico o patológico del término, sino porque, realmente, ha agotado usted todas las perspectivas analíticas sin ninguna excepción —y seguramente algunas colaterales— que pueden esbozarse en la reforma de la sanidad en su conjunto. Es muy de agradecer esa intervención tan amplia, tan exhaustiva, tan intensa y tan prolija como la que ha realizado. Pero, sobre todo, señor Ministro, quiero felicitarle por el coraje que ha demostrado al afrontar la reforma de un sistema sanitario absolutamente obsoleto, burocratizado, gigantesco en sus dimensiones, que hace agua por todas partes, que es estéril en su funcionamiento, que es inadecuado e inoperante en su funcionamiento, y que provoca tanto descontento ciudadano y popular como cobertura poblacional establece. Se habla de que el sistema de protección sanitaria del Estado español —y es verdad— es un sistema de protección universal (así lo ordena el artículo 41 de la Constitución) y está cubierto por las prestaciones de nuestro sistema nacional de la salud el 98 por ciento de la población. Seguro que ese 98 por ciento también manifiesta inequívocamente su descontento con el funcionamiento del mismo.

Hay que felicitar su coraje, señor Ministro, que probablemente se deberá a su periplo profesional anterior, a su desapego al mundo sanitario, a la estructura sanitaria, pudiendo usted eludir en este momento de forma muy oportuna el síndrome de Estocolmo que la pertenencia a esta estructura y a este sector puede provocar en los profesionales, en las personas cuyo perfil profesional y cuya dinámica profesional se han desarrollado en ese ámbito.

Además, me congratulo de otra cosa, señor Ministro. Nosotros, tras manifestarle nuestro apoyo conceptual a todas las posiciones, a todos los fundamentos del informe, al diagnóstico y a las propuestas solución, prácticamente sin ninguna excepción aunque con algunas matizaciones que luego haremos, estamos conceptualmente de acuerdo tanto con el diagnóstico como con

las previsiones de solución del informe, y, además, es un acuerdo que deriva de la absoluta convicción, no es un acuerdo de naturaleza espuria vinculando a ningún bloque de constitucionalidad, a ningún pacto político ni instituciones ajenas a las estatales, deriva exclusivamente de nuestra convicción conceptual de que el diagnóstico que se realiza en ese informe es bueno y que las previsiones de reforma que en él se contiene son buenas, y son las que nuestro sistema sanitario necesita.

Además de esto, le quería decir, señor Ministro, que le vamos a proponer, le vamos a sugerir —usted ya lo ha indicado así—, un pacto sanitario, un acuerdo global sanitario, no sólo con los demás partidos políticos, con los grupos parlamentarios, sino también con los agentes sociales y económicos que trabajan en el sector o que configuran el sector sanitario, y nos felicitamos al comprobar que hay un gran consenso general entre todos los grupos parlamentarios prácticamente roto en exclusiva por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

La señora portavoz de Izquierda Unida, señora Maestro, ha indicado, quizás de una forma un tanto petulante (sin ánimo de insultar desde luego con estas expresiones), que se han quedado solos defendiendo la evidencia. La verdad es que las evidencias no son tan evidentes muchas veces, señora Maestro, es una previsión un tanto dogmática por su parte. Las evidencias en materia de sanidad son sumamente discutibles, admiten un ámbito de análisis subjetivo muy intenso, y sobre todo, además, las evidencias no pivotan sobre los problemas o los diseños de resolución de la reforma que usted ha indicado.

Usted ha utilizado incorrectamente desde la perspectiva analítica de nuestro grupo conceptos como privatización. Me gustaría que me explique dónde se contiene la previsión privatizadora en el seno del informe Abril, que no lo veo en ningún sitio —luego lo podré, además, ilustrar— y otros conceptos que son también los que han provocado, señor Ministro, un posicionamiento favorable al informe por parte de nuestro grupo un poco reactivo, un poco reactivo contra tanta demagogia, un poco reactivo contra tanto análisis sesgado, un poco reactivo contra tanto análisis vinculado a aspectos anecdóticos o de menos relevancia, como puede ser el gasto farmacéutico de los pensionistas institucionales; de menor relevancia no porque no tenga importancia, sino porque otras cuestiones y otros fundamentos conceptuales del informe son mucho más trascendentes y relevantes y proponen reformas del sistema mucho más profundas que ésta, etcétera, etc.

Por estas razones le manifestamos nuestra voluntad de participar en ese pacto social amplio que nosotros le proponemos (tenemos precedentes, compañeros suyos de Gabinete, en concreto el Ministro Solchaga, el único que siempre lo intenta, ha sugerido y ha propuesto a los interlocutores sociales un pacto de competitividad); nosotros le proponemos una sistemática de actuación a partir de este momento similar a esa: apro

bar un pacto sanitario de amplio espectro con todas las fuerzas políticas de la Cámara y con todos los agentes sociales y económicos, no sin desearle, señor Ministro, mucha más suerte en cuanto a la fructificación, el ámbito y el nivel de acuerdo en el pacto que usted puede proponer, que el pacto de competitividad que su compañero de Gabinete ha podido conseguir hasta este momento.

Además le diré otra cosa, señor Ministro. Nos parece adecuada incluso la metodología de trabajo que para afrontar los problemas de la sanidad, el diagnóstico de los problemas de nuestra sanidad y las fórmulas de resolución, se ha adoptado y se ha iniciado tanto por usted como por los grupos parlamentarios proponentes de la proposición que en su día se debatió como por la Comisión interterritorial, que ha trabajado y ha tutelado el trabajo de la Comisión Abril de forma muy directa, de forma muy prolija también. Nos parece que la selección de los miembros de la Comisión es una selección adecuada no provocada por impulso partidista alguno; me consta, no me parece, me consta que el trabajo de los miembros de la Comisión y de los miembros de todas las subcomisiones ha sido un trabajo absolutamente libre, sin recibir ningún tipo de instrucciones políticas de ninguna institución ni de ningún partido. Me consta, además, que en el seno de la Comisión, entre las personas que han constituido la Comisión Abril, se aglutinan sensibilidades políticas muy diferentes, algunas incluso contradictorias entre sí y que serían más o menos equivalentes o idénticas a todas las que constituyen el arco parlamentario de esta Cámara, lo que ha provocado que el diagnóstico del informe y las previsiones de solución que en el mismo se contienen, de alguna manera sean posiciones ideológicamente equidistantes entre las distintas sensibilidades políticas y entre las distintas inspiraciones ideológicas que una reforma profunda del sistema sanitario requiere en estos momentos.

Hasta la metodología del informe nos parece correcta, señor Ministro, con lo cual nuestro nivel de consenso y de acuerdo previo no puede ser más intenso, más exhaustivo, y también más agotador.

En cuanto al diagnóstico de situación nos parece que se enmarca en las medidas de reforma que los países más civilizados del planeta en este momento están acometiendo.

Se suelen hacer imputaciones demagógicas, muy ideologizadas, de que son previsiones y perspectivas analíticas economicistas, como si las perspectivas analíticas economicistas fuesen algo malo, fuesen algo peyorativo; como si el economicismo no fuese el nivel de análisis en un momento económico difícil; como si en un momento de ralentización de las posibilidades de cobertura presupuestaria con cargo a presupuestos públicos, admitiese no hablar de economicismo; y como si no fuese una perspectiva de análisis economicista —es la que yo utilizo y lo digo con orgullo, porque es absolutamente pertinente y necesaria—, como si no fuese el economicismo la perspectiva de análisis que ha

servido para reformar el sistema sanitario en las 10 provincias de Canadá, en Nueva Zelanda, en Holanda, en el Reino Unido y en todos los demás países. Señora Maestro —y perdón señor Presidente por la reiteración en la cita de la persona y espero no entrar en contradicción con sus argumentos—, incluso en Suecia, el estado paradigma de la «welfare state», el estado del bienestar, también ha sido la perspectiva economicista la que ha servido fundamentalmente de inspiración a la reforma del sistema sanitario, además utilizando conceptos tan curiosos, señora Maestro, como que se trataba de remover y acabar con los incentivos o estímulos perversos del sistema, y éstos, los estímulos perversos que se han pretendido corregir en la reforma del sistema sanitario sueco, eran fundamentalmente, los económicos.

Económicos son los problemas que nosotros tenemos porque ¿es que no es suicida —y es una pregunta que se podría hacer de forma colectiva, aunque parece un poco teatral la exposición— no considerar en este momento lo que está sucediendo con el crecimiento gigantesco y desorbitado del gasto sanitario? En un sistema de sanidad pública, que se ha de mantener pública y no se dice que no haya de seguir siendo pública en el informe Abril, ni nosotros lo admitiríamos porque sería contradecir el artículo 41 de la Constitución y contradecir la doctrina del principio de irregresividad definida por la doctrina del Estado italiano, ¿no sería suicida no hablar en ese contexto de la dramática, de la gigantesca evolución y crecimiento del gasto sanitario? La posibilidad de crecimiento del gasto sanitario es infinita. Me acabo de enterar en este momento de que incluso para la menopausia se han inventado recientemente unas máquinas que permiten a las personas mayores superar sus problemas menopáusicos. En este momento, en algunos hospitales se están comprando sillas de ruedas que tienen hasta cambios automáticos y marchas. Pero, ¿cuál es el nivel? Hay que consensuar de alguna forma con un instrumento político y un pacto social y sanitario adecuado, el nivel de crecimiento que admite un sistema financiado por presupuestos públicos, porque la cartera sanitaria es infinita y los presupuestos públicos destinados a esta cartera sanitaria no es que sean finitos es que el señor Solchaga —adecuadamente también todo hay que decirlo— los está ralentizando, por no decir paralizando, por otras razones de naturaleza macroeconómica que no es menester precisar en este momento.

¿Es que tampoco es suicida no considerar lo que está ocurriendo demográficamente en todos los países europeos, en todos los países civilizados? Los bajos índices de natalidad son un problema que algún día se tendrá que tratar en serio en este Parlamento.

Existen otros problemas colaterales, como el crecimiento de la tercera edad. En este momento cuando uno analiza estadísticas y ve que las previsiones de hoy al año 2000 son de un crecimiento de las personas mayores de 65 años de más de 80 por ciento; que en Euskadi se van a duplicar de hoy al año 2000 las personas ma-

yores de 65 años. El número de personas mayores de 65 años en la Comunidad Autónoma del País Vasco va a pasar de 240.000 a 480.000 personas, ¿no es suicida no considerar que estas personas, las mayores de 65 años, multiplican por siete el consumo en atención sanitaria y por nueve el consumo en productos farmacéuticos? Un sistema ha de ser público, porque así lo ordena la Constitución y nadie lo niega, y debe ser presupuestado públicamente, con presupuestos públicos, cualquiera que sea la forma de previsión —esa es otra cuestión que luego me gustaría analizar con la señora Maestra— porque privatizar es sencillamente dejar de ser público presupuestariamente; que no sea la Administración y no sean los Presupuestos públicos los que atiendan las necesidades colectivas sanitarias del país, y que sean sólo entidades privadas con cargo al bolsillo del ciudadano que necesita una atención sanitaria específica. Sólo eso es privatizar, lo demás no es privatizar, y decirlo es demagogia. El sistema de provisión público o privado, siempre que sea presupuestado por la Administración Pública del Estado, las competentes, no sólo la del Estado, también las autonómicas competentes, eso no es privatizar. La creación, la sustitución del Insalud (y, por favor, señor Ministro, no lo haga en la Ley de Presupuestos si tiene esa tentación, porque una Ley de Presupuestos sólo es una ley material, sólo es una ley en el sentido formal de la palabra y no se pueden acometer este tipo de reformas, lo digo porque se ha leído en algún medio de comunicación que se puede utilizar para la reforma del Insalud la Ley de Presupuestos), eso no es privatizar. Aunque se sustituyera al Insalud, que es un órgano absolutamente esclerótico, inoperante y estéril, por una entidad pública de derecho privado, por ejemplo, eso no es privatizar, porque se sigue garantizando el mismo nivel de prestaciones y la misma gratuidad a los ciudadanos a la hora de atender sus necesidades sanitarias. Utilizar el concepto de privatización, perdone, señora Maestra, pero parece que es utilizar un criterio con pretensión absolutamente demagógica.

En definitiva, y con esto ya acabo, señor Presidente, la conformidad de nuestro grupo parlamentario con excepciones, el tema del pago del gasto farmacéutico de las personas de la tercera edad nos parece, tal como se propone en el informe Abril, absolutamente inviable. ¿No considera usted, señor Ministro, que requiere una burocracia absolutamente descomunal una previsión tan ilógica, tan delirante, diría yo, como hacerles pagar a estas personas las medicinas y luego incrementar la cuota-parte del pago en sus pensiones? Si lo que estamos pretendiendo es desburocratizar el sistema entre otras cosas sería una contradicción en los propios términos del informe Abril crear burocracias de esa magnitud.

En lo que se refiere al tique moderador también habrá que hacer matizaciones importantes. Hay algunas otras previsiones puntuales o específicas, pero manifiesto nuestra conformidad con las esencialidades, nuestra conformidad con la filosofía del proyecto, y el

apoyo que nosotros hacemos, señor Ministro, a un pacto sanitario amplio que posibilite de alguna forma acometer una reforma sin una conflictividad social que la haga inviable. Una reforma estructural tan profunda como ésta requiere necesariamente consenso, consenso social y político amplio y nosotros le manifestamos nuestra conformidad para trabajar en esta vía.

Señor Ministro, usted no tiene mucha experiencia parlamentaria, lógicamente, y yo sé que va a escuchar imputaciones del sentido de las que hemos estado comentando; que sólo la derecha le apoya, que se está en alineamiento con las posiciones liberales; le aconsejaría humildemente, es una sugerencia de naturaleza política que quizá no se la tendría que hacer, que no sería muy pertinente, que no haga mucho caso de estas imputaciones, porque si ya los conceptos de izquierda y de derecha están tan difuminados social y políticamente, conceptualmente cada vez se diferencian menos, y sirven intelectualmente para diferenciar menos cosas, pero utilizarlos en el ámbito de la reforma de sanidad suena como a cachondeo, señor Ministro.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Olabarría.

Por el Grupo Mixto, tiene la palabra, en primer lugar, el señor Oliver.

El señor **OLIVER CHIRIVELLA**: Señor Presidente, señorías, dada la tradicional brevedad de que disponemos para fijar nuestra posición en el Grupo Mixto, voy a alterar mi exposición en cuanto al orden que mantiene el informe por considerar que en todo caso hay algunos aspectos que es ineludible fijar. Voy a intentar, pues, hacer un brevísimos análisis de las distintas recomendaciones, sesenta y cuatro en total, que ha fijado el informe.

En materia de organización del sistema propugna el informe una descentralización administrativa que simplifique el proceso y a cuyos efectos las actuales delegaciones territoriales deberían ostentar mayor capacidad de decisión, finalizando en ellas gran parte del proceso de responsabilidad económica, disciplinaria, de personal, extremos que nos parecen aceptables en sentido general.

Entendemos que hay que separar los órganos políticos (Ministerio, comunidades autónomas) de los órganos de gestión, y llevar a cabo una potenciación de la gestión en las estructuras periféricas.

En otro concepto, consideramos en definitiva acertada la recomendación de la Comisión de que el Consejo interterritorial del sistema nacional de la salud en su actual configuración y contenido está infrutilizado en las condiciones que le son propias si no condicionado por el ejercicio de la propia Administración.

En materia de áreas de salud consideramos aceptables las recomendaciones de la Comisión que proponen revisar al alza el ámbito territorial de dichas áreas de salud, lo que permitiría una reducción de estructuras administrativas, la mejor utilización de los recursos hu-

manos y el consiguiente ahorro de costes. Sin embargo, mostramos nuestra disconformidad con el sistema de elección o designación de los gerentes o directores de las áreas de salud que propone la Comisión. Es precisa una gestión profesional con mucha experiencia, pero entendemos que, en modo alguno, esa elección debe depender de alguna manera de los avatares políticos que en ese momento puedan controlar una determinada institución, tanto de la Comunidad Autónoma como del Ministerio, y que el puesto tenga matices de carácter político o inseguridad en el ejercicio de la función dependiendo de los cambios políticos que pueda haber.

Consideramos positivos el consejo de la Comisión de impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial del sistema. Sin embargo, las experiencias en otras empresas públicas no parecen aconsejar la conversión de las instituciones sanitarias públicas en sociedades estatales. Por lo menos, nos deja cierta preocupación que esto pueda ocurrir si no hay unas amplias garantías; seríamos más bien partidarios de aplicar criterios de la empresa privada en la empresa pública, pero con garantías de que esto se pueda realizar.

En materia de personal —insisto en la brevedad—, la Comisión apuesta por una nueva situación en la que, además de los actuales regímenes jurídicos —los voy a resumir en funcionarios y estatutarios—, aparezca ahora la nueva contratación de laborales. Esto, al menos desde nuestro punto de vista, encierra un peligro: que se complique mucho más el proceso de retribuciones y que, por otro lado, se compliquen mucho más las relaciones profesionales y humanas entre los distintos colectivos que pueda haber en un mismo centro y se rijan por distintos estatutos u ordenanzas para fijar su relación laboral. Es extraño, en cambio, que el informe no recoja el enorme malestar social, el desencanto y la desmoralización del personal sanitario, puesto que existe una gran diferencia económica a igualdad de niveles académicos con otras carreras que tienen menor responsabilidad.

Por razones de tiempo no voy a entrar en los aspectos de gestión, importantísimos evidentemente. Tampoco voy a entrar en la cuestión de los servicios privados. Somos partidarios de que donde no puede llegar la actual organización pública se concierten con organismos privados determinados servicios, pero no podemos entrar en ello.

En cuanto a la financiación, estamos totalmente de acuerdo en que los Presupuestos Generales del Estado deben continuar como la prioritaria fuente de financiación; en cambio, no estamos muy convencidos de que deba seguir el sistema de financiación a base de cuotas de empresarios y trabajadores. Creemos que la sanidad debe ser totalmente gratuita, quiero decir que no paguen unos más que otros sino que dependa fundamentalmente de los Presupuestos Generales del Estado. Creemos que ésa y las otras que el informe explica deberían ser las fuentes de financiación, pero no las cuotas específicas, porque —eso sí tiene que quedar

claro— la sanidad pública no es gratuita, la pagan los trabajadores, los empresarios y, por supuesto, el conjunto de los españoles a través de los impuestos.

También quiero dejar constancia de un no rotundo al tique moderador, que no aportaría ninguna solución económica y sí generaría un mayor descontento social en unos usuarios poco satisfechos en general, con razón o sin ella, pero poco satisfechos, con el funcionamiento del sistema.

En general, no nos parecen aceptables algunas de estas propuestas.

Se ha encendido la luz roja. Si me permite el señor Presidente, hablaré sobre un tema nada más.

Sin duda, las recomendaciones sobre dispensación de medicinas en farmacias son las más polémicas y las de mayor incidencia social. No se trata de una participación general en el coste de la prestación ni de que paguen los pensionistas, de quienes se dice utópicamente que se les va a subir la pensión, o de que paguen primero y luego les devolverán el dinero. Esto indica un desconocimiento bastante profundo de la realidad de los pensionistas. ¿Cómo van a adelantar ellos un 40 por ciento de la parte de medicinas para cobrarlo luego? Esto supondría una complicación extraordinaria...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Señor Oliver, concluya, por favor.

El señor **OLIVER CHIRIVELLA**: Termino en seguida.

Tampoco estamos muy de acuerdo con lo que explica sobre las listas de espera.

En resumen, señorías, el informe de la Comisión Abril, para Unión Valenciana, es rechazable por su ambigüedad y creemos que, en algunos casos, no ha contado con el trabajador ni con el usuario del sistema para proceder al estudio de su reorganización, no acaba de garantizar la libre elección de médico ni la sanidad gratuita para todos los ciudadanos y contradice algunos aspectos que se han producido en el propio discurso del señor Ministro. No obstante, reconocemos su buena voluntad, pareja tal vez con el desconocimiento en diversos aspectos de la política sanitaria que afecta a la salud de todos los españoles.

Sin embargo, señor Ministro, en todas las propuestas que usted ha hecho contará con nuestro modesto apoyo, y previo el debate correspondiente y las rectificaciones, esperando poder votarlas favorablemente si no se apartan excesivamente de nuestro programa.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Oliver.

Tiene la palabra la señora Larrañaga.

La señora **LARRAÑAGA GALDOS**: Voy a fijar la posición de Eusko Alkartasuna sobre el informe Abril desde el escaño.

En primer lugar, y al igual que ya han hecho otros grupos, Eusko Alkartasuna reconoce cuando menos a

este informe la virtualidad de abrir el debate y ciertos puntos de reflexión sobre la sanidad pública. No nos cabe duda de que el denominado informe Abril contiene positivos puntos de reflexión, aun cuando, a nuestro juicio, de demasiados de sus apartados se podría hacer una lectura que parte de una concepción cuando menos predeterminada, que, en definitiva, lleva a los ponentes a disimular bastante mal su inicial pretensión de hacer encaminar los males del sistema actual hacia la privatización de la asistencia.

Para Eusko Alkartasuna el carácter de servicio público no viene únicamente determinado por la forma jurídica de dicho servicio, sino que basa principalmente ese carácter en su naturaleza, en su financiación y, en definitiva, en su objetivo que es la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la asistencia, en el derecho a la salud. En ese sentido apoyamos, indudablemente, la incorporación de instrumentos de gestión, recogidos en las recomendaciones de dicho informe, instrumentos cuyo objetivo no es otro que redundar en la consecución de una mayor eficacia en el sistema de salud como pueden ser la información contable, la facturación, la autonomía en la gestión y ni qué decir del Plan General de Contabilidad. Lo que nos sorprende realmente es que en estos momentos la asistencia sanitaria del servicio nacional de la salud no tenga un plan de contabilidad y desconozca absolutamente los costes entre los que se mueve.

En definitiva, nuestro apoyo a aquellas recomendaciones que redunden siempre en una mayor eficacia del sistema de la salud, siempre que se evidencie una voluntad política decidida e inteligente de incorporarlas al actual sistema público, porque entendemos que la sanidad pública permite de manera suficiente ofrecer soluciones satisfactorias a profesionales y usuarios, siempre y cuando, al menos, se apueste con vigor por una sanidad pública.

Indudablemente nuestro rechazo —y no por razones meramente economicistas, señor Olabarria, que esto no es demagogia— al tique moderador, al pago de los gastos farmacéuticos, porque entendemos que simplemente se trata de aplicar medidas económicas a problemas que van más allá del mero aspecto económico; son problemas que afectan fundamentalmente a la organización sanitaria.

En cuanto al informe, me voy a centrar únicamente en dos puntos. Por un lado, para Eusko Alkartasuna hay una absoluta carencia de referencias a la atención primaria, verdadero escollo —creemos— en la consecución de una prestación sanitaria de calidad, así como fuente de gran parte de los problemas que aquejan a la asistencia hospitalaria y cuya reforma —entendemos— se está implantando con excesiva lentitud, señor Ministro.

Otro de los puntos que me gustaría tratar en la relación entre lo público y lo privado, dicotomía que para Eusko Alkartasuna debería de estar superada, tal y como señala la propia Ley General de la Sanidad en función del principio de la complementariedad, pero complementariedad entendida desde la subsidiariedad

del sector privado, sin que podamos hablar, como hace el propio informe, de una competencia leal entre lo privado y lo público. Podremos hablar de una competencia leal entre lo público, pero mal podremos hablar de una competencia entre lo público y lo privado cuando tanto los puntos de partida como los objetivos de ambos son radicalmente diferentes. Lo público —lo ha dicho muy bien la compañera María Angeles— siempre llegará allí donde lo privado no llega porque el criterio de rentabilidad y de beneficio no existe.

Por último, nos congratula especialmente la referencia que en dicho informe se hace a las comunidades autónomas y al reconocimiento de la aportación positiva que la organización descentralizada realizada a la mejora del sistema en su futura configuración. Precisamente en este marco descentralizador de la gestión Eusko Alkartasuna no quiere dejar pasar la oportunidad de propugnar nuevamente la transferencia sobre la gestión del régimen económico de la Seguridad Social y de su convenio, respetando el derecho a la caja autónoma, con la gestión del ingreso y del gasto a cargo de la misma.

En definitiva, eficacia y calidad sí pero sin lesionar la equidad.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señora Larrañaga.

Tiene la palabra la señora Garmendia.

La señora **GARMENDIA GALBETE**: Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, creo que todos estamos de acuerdo en que el informe Abril reabre la necesaria discusión acerca de las medidas a adoptar en el sistema nacional de salud ante la creciente demanda, tanto de calidad como de cantidad, la limitación de recursos económicos y el deficiente grado de eficiencia del sistema.

Previamente quisiera apuntar que abordar los problemas de la sanidad española exige gastar más, pero también obteniendo mejores resultados. Estamos, por tanto, de acuerdo en la introducción de un nuevo valor social, el de la conciencia de usuarios y prestatarios que, en definitiva, no es más que una manifestación de solidaridad, o la necesidad de dotar a la sanidad de un sistema organizativo y de gestión, que en sus medidas concretas deberá ser objeto de un amplio consenso social.

No obstante, quisiera apuntar algunas carencias que Euskadiko Ezkerra observa con relación a los criterios que apunta el informe. Creemos que al informe le falta la determinación de sus objetivos de salud en un plazo determinado. Es verdad que el señor Ministro en su intervención los ha anunciado, pero, cuando leímos el informe, nos parecía que era impensable recibirlo de manera separada de sus objetivos. Los echábamos en falta y esperamos que se incorporen.

No se aborda lo que en opinión de Euskadiko Ezkerra es el principal problema del sistema sanitario es-

pañol público, es decir, su desestructuración, el desequilibrio que se da entre la asistencia primaria y la asistencia hospitalaria. Se olvidan aspectos importantes como son la salud mental; no se contemplan formas alternativas al internamiento, que descargan costes y mejoran calidad de servicio. Es, en nuestra opinión, demasiado «sanitarista» y «facultativista». Creemos que faltan líneas de actuación de futuro para hacer frente a las necesidades derivadas de cambios demográficos.

Con relación a temas conflictivos, como es el de la relación entre recursos públicos y privados, quisiera recordar aquí que el carácter público del sistema nacional de salud determina su financiación y el derecho que garantiza el acceso de la población protegida, toda en este caso, al conjunto de recursos del sistema, con independencia de su titularidad. Consideramos conveniente y necesaria la introducción de reglas de juego, soportadas en el Derecho privado, para la gestión de los recursos.

Dicho esto, quisiera subrayar que, junto al carácter de complementariedad que la Ley general de Sanidad atribuye a los recursos privados, deberíamos exigirles el de subsidiariedad, de forma que el conjunto de bienes de titularidad pública constituya en sí mismo siempre un sistema sanitario integrado, integral y equilibrado.

Sobre otro tema complicado, como es el de la libre competencia entre recursos públicos y privados, creemos que hoy por hoy resulta impensable, por no darse las condiciones necesarias para que el mismo se diera sin lesionar el principio de equidad. Creemos que, por ahora, la competencia, soportada en un inicio en marcos territoriales, debería darse entre los recursos de naturaleza pública, siendo utilizados los recursos privados donde los públicos sean insuficientes.

Como consecuencia de todo ello, nos parece conveniente y necesario ir avanzando en formas de elección, pero entre centros de titularidad pública, más en la línea del modelo experimentado en el condado de Estocolmo, por ejemplo, que en los modelos ingleses.

Finalizando, querría decir que no podemos admitir una sanidad a tres velocidades, como se podría deducir del informe, es decir, un carácter general básico para toda la población, carácter complementario para el que tenga recursos y libre para la realización de otras prácticas.

Sobre el tique moderador, ya se han pronunciado muchos grupos en contra, creemos que realmente acarrearía más problemas que los que iba a solucionar. En estos momentos el pago por parte de los jubilados de los medicamentos supondría lesionar el principio de equidad. En cualquier caso creemos que el criterio de la renta sería un criterio a tener en cuenta, pero no el de la situación de jubilación.

Acabo, señorías, señalando que para Euskadiko Ezkerra la necesaria reforma del sistema nacional de salud, para la que el informe aporta vías de discusión importantes, se debe realizar siempre garantizando la

equidad del sistema, de forma que permita un trato igualitario para el conjunto de los ciudadanos, garantizando en todo proceso y acto médico la adecuada calidad de los mismos y garantizando la óptima relación entre el esfuerzo económico y la satisfacción de las necesidades de índole sanitaria y social, todo ello, lógicamente, presidido siempre por la suficiente asignación de recursos.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señora Garmendia.

El señor Mardones tiene la palabra.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Señor Presidente, señorías, en nombre de las Agrupaciones Independientes de Canarias, fijo mi posición aquí sobre el punto del orden del día que trata de analizar la valoración del Gobierno en torno a las conclusiones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario. Ayer, en la Comisión correspondiente, ya hicimos una valoración del informe de esta Comisión, presidida por el señor Abril Martorell, en la que dijimos que veíamos positivamente el rigor con que estaba sistematizado, la sistemática de trabajo del informe, la radiografía amplia de toda la problemática que encierran el sistema de salud pública y la asistencia sanitaria española, y lo consideramos un documento positivo para incentivar el debate.

A partir de aquí, no sé qué va a pasar con ese informe en el ámbito de la Cámara ni en el ámbito del Gobierno español a través del Ministerio de Sanidad. Yo le diría a usted, señor Ministro —porque me voy a limitar al orden del día de hoy, a analizar la valoración que usted ha hecho del informe y las propuestas que trae—, que creo que eso fue lo que motivó en su momento, al menos a mi juicio, como miembro del Grupo Mixto, que tanto Izquierda Unida como nosotros pidiéramos su comparecencia aquí, para ver el posicionamiento del Gobierno ante esa propuesta de un informe que seguramente va a tener que seguir abierto.

Usted tiene un toro en plaza muy difícil, señor Ministro, no lo devuelva a corrales, pero si lo mete en un cajón, acuérdesese en qué cajón lo mete, porque dentro de algunos años habrá que sacarlo.

Se están eludiendo determinadas cuestiones. Ayer llegamos a la conclusión de que hay despilfarro en el sistema sanitario, y se ha disparado la sensibilidad, y es lógico y sensato, en algunos aspectos, como es el tema del 40 por ciento de la participación de los pensionistas en el gasto del medicamento, por razones pedagógicas o para que se entere alguien de lo que valen un peine, un frasco de antibióticos o una aspirina, para disciplinar el sistema, en definitiva, aunque hay compensaciones. Usted ha reconocido que se han matizado, porque, en honor a la verdad, el dictamen de esta Comisión, en el capítulo de farmacia, cuando habla de esta implicación, da fórmulas políticas, con coste presupuestario, por supuesto, para compensar, vía pensiones y desgravaciones fiscales fundamentalmente, o vía pagos

aplazados «a posteriori», por tanto, sin ningún daño material o económico que pudiera haber. Pero hay un despilfarro. Hasta ahora han protestado la tercera edad y los pensionistas, pero todo este despilfarro está fundamentado en una cotización y en una financiación con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y a las cuotas de la Seguridad Social, y ésas las pagamos los de la segunda edad, los que estamos antes de la tercera, todos los millones de ciudadanos españoles activos, que son los que están cotizando a la Seguridad Social, trabajadores y empresas, y los que pagamos el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o el Impuesto sobre Sociedades, que es lo que nutre fundamentalmente, aparte de la Deuda Pública, los Presupuestos Generales del Estado.

Esto habrá que explicárselo con pizarra, con cifras, objetivando el dato, aunque sea econométricamente, a los pagadores finales de todo este sistema, es decir, las clases activas, laborales o empresariales, que haya. Se ha dicho incluso, ya que empleo la palabra empresarial, en una especie de breve currículum del señor Abril, que era banquero y empresario. Pues flaco servicio le ha hecho este empresario a la industria farmacéutica española, porque si ayer se dijo por el señor Abril que hay un deslizamiento del orden de los 80.000 a 90.000 millones de pesetas en la facturación de medicamentos de la tercera edad, hacia no se sabe dónde —debe ser que va el abuelo o el padre jubilado al consultorio o al hospital y le despachan medicamento allí—, la industria farmacéutica, con el informe de la Comisión Abril Martorell, debe estárselo pensando dos veces, porque flaco servicio le hace. Ya empieza uno a explicarse por qué en el INI no hay industrias farmacéuticas y por qué en las revistas económicas es noticia de primera página —incluso en palabras del Presidente del Gobierno— la compraventa de empresas de medicamentos en este país. Algo tiene que haber detrás, pues dígame también a la opinión pública española para que tenga conocimiento.

Señor Ministro, comparto el planteamiento general de principios que usted hace de que hay un sistema nacional de salud consolidado y a mejorar, que hay unos principios de universalidad y de equidad y de financiación pública, pero ¿cómo se le pone el cascabel al gato? Este es el problema. Por eso le digo que, si usted mete en un cajón este informe, recuerde dónde lo ha metido, porque creo que debe ser un informe abierto hoy por hoy, para que trabajen sobre él el Gobierno, el Parlamento y los partidos políticos, con opciones alternativas y sabiendo todos lo que cuesta la opción alternativa, para que se pueda tomar una postura política legítima, pero afrontando, por vía del coste social, lo que es un coste económico y quién lo paga.

Por tanto, me gustaría que el Gobierno nos trajera las alternativas de opciones. El dictamen que estamos analizando, y que analizamos ayer, de la Comisión presidida por el señor Abril Martorell trae opciones técnicas y políticas. Las políticas serán responsabilidad de esta Cámara, de los partidos y del Gobierno, pero en cuan-

to a las técnicas, yo supongo que no hay ningún partido político que se oponga a la electrónica en la gestión de empresa, a poner un sistema de ordenadores para hacer una toma de datos en destino y en origen, para saber lo que se está facturando. Hay la exigencia, por ejemplo, de que se facturen servicios y de que se haga una imputación de costes, por cama, por acto médico, por el servicio que se presta por la Seguridad Social, porque si desconocemos, por pobreza de sistemas informáticos, que no hay facturación de servicios y de los costes producidos para su comparación en un «ratio», mal podemos tomar una decisión política.

También le pediría que, junto a estas medidas técnicas o políticas que ustedes puedan adoptar, nos informe del calendario de medidas a corto, a medio y a largo plazo. Entendemos que la opinión pública española tiene que digerir suficientemente determinadas cuestiones mediante la concienciación que se trata de conseguir aquí de determinados aspectos, que son los que generan el gasto...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Le ruego que concluya.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Termino, señor Presidente, diciendo que en las propuestas que ha formulado respecto a la libre elección de médico —ya por lo menos ha dado una fecha: el primer trimestre de 1992, con una tarjeta y una libreta—, la libre elección de especialista y del centro de intervención, nos matice cómo se articula esto entre servicio público y servicio privado. Todo colectivo que hoy día paga asistencia tiene dos corsés: el general de la Seguridad Social y el de los funcionarios y los militares, así como algún que otro colectivo, que van vía MUFACE, la mayoría de los cuales ha optado por ser atendidos en servicios privados de la sanidad.

¿No es consciente el señor Ministro de que no puede mejorar los conciertos con las clínicas privadas, dado que no tiene capacidad de financiación? Si se hace una secuencia histórico-económica entre lo que ha subido, por ejemplo, en los diez últimos años en España el IPC y lo que han subido los convenios, se comprobará que hay un cuello de botella que alguien tendrá que destapar.

Por tanto, señor Ministro, le ruego que nos concrete todo lo que pueda respecto a modelos de potenciación, de modificación del sistema de conciertos, facturación de procesos, libre elección de médico, etcétera. ¿Cómo se va a hacer todo esto, porque hay áreas geográficas específicas, como las insulares o las agrícolas, en las que esto se puede transformar en un derecho puramente formal, pero no real?

Nada más y muchas gracias señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora García Manzanares.

La señora **GARCÍA MANZANARES**: Gracias, señor Presidente.

Señoras y señores Diputados, señor Ministro, cuando en 1983 se inició la primera legislatura del Gobierno socialista nos encontramos con un sector público que menos gasto dedicaba a sanidad y prestaciones sociales de entre los países europeos más próximos. Y no podemos justificarlo con el argumento de que sólo los países más desarrollados son los que más desarrollados tienen también los servicios sanitarios, porque no es verdad. Depende del modelo de sociedad. Por consiguiente, no gastan más en sanidad por ser países más desarrollados, sino por el modelo de sociedad. Han sido gobiernos socialdemócratas europeos los que, apostando por el modelo de Estado de bienestar, basado en la solidaridad y no en los ingresos de sus ciudadanos, han mantenido unos sistemas sanitarios con más gasto público y más desarrollados.

Pues bien, para los socialistas, desde la situación que encontramos en 1983, de muy poquito gasto público en la sanidad, apostamos y defendimos nuestro proyecto socialista de izquierda, nuestro proyecto de Estado de bienestar, y uno de sus pilares, lógicamente, es el desarrollo de las políticas sociales globales pero también el de la sanidad.

Digo esto porque consideramos que debemos separarnos de la foto fija, que da una situación absolutamente falsa sobre lo que está pasando en la sanidad hoy. Tenemos que contemplar a la sanidad en un proceso constante y los socialistas la contemplamos en el proceso que ha sufrido desde que nosotros llegamos al Gobierno en 1983. Se ha hecho un gran esfuerzo. Se ha conseguido instaurar, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, el sistema nacional de salud. No surgió de la nada, integró los subsistemas existentes que no abarcaban ni muchísimo menos al conjunto de la población, como SS. SS. conocen.

El sistema nacional de salud basa su funcionamiento en el derecho a la asistencia sanitaria pública, generalizado ese derecho al conjunto de la población. En estos años se ha ido consolidando dicho sistema, se han ido universalizando sus prestaciones y hemos alcanzado también —hay que decirlo— un notable nivel de calidad. Estamos —y SS. SS. lo saben— en muchos temas en la cúspide técnica de entre los países europeos. Se están realizando intervenciones quirúrgicas muy avanzadas en nuestros hospitales públicos, por prestigiosos profesionales que trabajan en la sanidad pública. Se ha puesto en marcha también en estos años toda la red de centros de atención primaria de salud (proceso inacabado por necesario, porque son instrumentos que necesitan un determinado tiempo para completarse), así como nuevos hospitales y, en definitiva, la multiplicación de los recursos asistenciales que se ha llevado a cabo en apenas estos cinco años, como consecuencia de la propia evolución del sistema nacional de salud y de la aplicación de la extensión a todos los ciudadanos, incluyendo, además, la triplicación del presupuesto desde 1983 a 1991. Todo esto, señorías, ha dado lugar a que nos encontremos con un sistema nacional de salud que actualmente pasa por circunstancias de obligada reno-

vación, como está ocurriendo también en los países de nuestro entorno europeo. No se trata de algo extraordinario que nos ocurra solamente a nosotros o que sea lo que la oposición pretende decir; es una realidad que se enmarca dentro de lo que está ocurriendo en todos los países europeos.

Es evidente que mientras evolucionan las técnicas, sobre todo en sanidad, los recursos pueden quedar obsoletos, de manera que se hace necesaria una permanente adaptación de los medios a las crecientes necesidades. Esto —insisto— no es nada extraordinario, es una constante que se mantiene a lo largo de la historia y, por consiguiente, es una tarea permanente de todo gobierno, sea cuál sea su programa, y del conjunto de la sociedad.

Nuestra sanidad, señorías, necesita desarrollarse —es evidente—, pero sobre todo necesita mejorar su gestión. De cuanto nos ha expuesto el Ministro, las líneas generales de la reflexión sobre los problemas que pueda haber o las dificultades por las que pueda atravesar la sanidad en estos momentos, lo más urgente —y en ello coincidimos todos los grupos— es la mejora de la organización administrativa, quizás uno de los pilares fundamentales por los que deben ir estos cambios en el sistema. Nuestra organización administrativa necesita una mayor agilidad. Hemos de realizarlo desde la sensatez, desde la serenidad, desde el consenso, desde el diálogo social y desde la participación de todos.

Contamos con instrumentos de análisis y de estudio, uno de ellos ha sido el informe Abril, presentado ayer en nuestra Comisión, que debemos resituarlo en lo que realmente es, lo ha dicho también el señor Ministro. Es un documento técnico que contiene un análisis y unas propuestas serias y rigurosas, que no se puede valorar conjuntamente como bueno o malo, aceptable o no; no es una vía de medidas que deba seguir el Gobierno a las que debamos decir sí o no en su totalidad. Son unas reflexiones valorables en cuanto que suponen el esfuerzo de muchos expertos y técnicos, utilizables en la medida en la que coincidan con las líneas generales de hacia dónde tienen que ir las modificaciones que proponemos. Algunas serán útiles, otras no, otras matizadas, pero, de entrada, no podemos dar al informe Abril un carácter absoluto, haciendo aquí una clasificación de las distintas medidas, no. Es un instrumento más, que nos va a servir para seguir analizando y debatiendo la sanidad que es un debate permanente en toda sociedad y, por tanto, contar con dicho instrumento u otros siempre nos va a venir bien.

Quiero manifestar a propósito de ese informe y de las medidas concretas (y reitero lo que dijo ayer en Comisión el Grupo Socialista, porque se ha hecho una manipulación clara y se le ha dado un carácter de primordial a unas medidas que son unas más entre otras, aunque efectivamente sean muy delicadas) nuestra postura, aunque también lo ha hecho el señor Ministro, como no podía ser menos porque hay un acuerdo absoluto entre la política del Grupo Socialista, que no es otra que la misma que desarrolla el programa del

Gobierno, por qué no decirlo una vez más, porque parece que todavía tienen dudas algunos miembros de la oposición, pero ése es su problema. Nosotros estamos claramente de acuerdo en la línea y en el proyecto que informa nuestra política socialista. Estas medidas son: el famoso tique moderador y la aportación de los jubilados a la Seguridad Social. No vamos a tomarlas en consideración, nunca pensamos ponerlas, nunca las consideramos, porque además, es muy difícil que cualquier ciudadano sensato, a pesar de las manipulaciones, se lo hubiese creído mínimamente. Si han sido los gobiernos socialistas a partir del año 1983 quienes han puesto en marcha las medidas conducentes al Estado de bienestar y al desarrollo de las prestaciones sociales, cómo vamos a pensar que vamos a recortar algunas de esas cotas de protección social alcanzada, por más que técnicamente sea una medida válida y por más que también nos preocupe la situación de sobreconsumo farmacéutico —como ha dicho también el señor Ministro—, porque incide negativamente tanto en las finanzas del sistema como en que no signifique en sí mismo, medicamento, mejorar la calidad ni la atención sanitaria, pero este problema hay que abordarlo con otro tipo de medidas, con medidas más amplias, que están expuestas, en líneas generales, en la oferta de medidas amplias que ha presentado el señor Ministro de Sanidad.

Con respecto al resto del informe y su recomendaciones, es muy complejo, a veces ambiguo, permite muchas lecturas y contiene aspectos coincidentes tanto en el análisis que se hace de la situación, como en las líneas generales de hacia dónde pueden apuntar las posibles soluciones, me refiero, sobre todo, a los aspectos de organización.

Por otro lado —y ya lo ha expuesto el señor Ministro no solamente ahora, sino en ocasiones anteriores— no es que se haya encargado el informe para avalar su política. Si queremos ver fantasmas y desconfianzas, por más razones que nos den, los seguiremos viendo, pero yo pienso que tenemos que ver con claridad cuál ha sido la evolución de las políticas socialistas en materia de salud, cuál ha sido el desarrollo del sistema nacional de salud y llegar a la conclusión, evidente y lógica por este propio desarrollo de la situación, de que son necesarias una serie de medidas que mejoren ese sistema de organización, que lo acerquen más al ciudadano, que lo hagan más flexible y más ágil. Por tanto, los socialistas estaremos de acuerdo en aquellas líneas generales con las que consigamos la mejora, la consolidación y la defensa del sistema nacional de salud. Por supuesto que no nos sirve cualquier medida ni cualquier instrumento, aunque puedan ser técnicamente impecables. No hay medidas asépticas, las medidas son consideradas dentro de un determinado programa político, dentro de un determinado modelo de sociedad, de un determinado proyecto político.

Nosotros, los socialistas, queremos reiterar una vez más —y lo ha hecho también el señor Ministro— la defensa del sistema público de salud. La portavoz de Iz-

quierda Unida ha tenido el gusto de reconocernos como abanderados históricos del sistema público de salud, seguimos siéndolo, no renunciamos a nuestros principios, señora Maestro, y quiero decirle también que ha sobrado la referencia al partido Socialista en ese sentido, porque como lo ha hecho es puro maniqueísmo, es un poquito más de la mucha demagogia que a veces, desgraciadamente, S. S. pone como salsa en todas las intervenciones. Los socialistas hemos superado ya la irracionalidad de los viejos planteamientos de que lo público es sólo lo bueno o lo privado es sólo lo malo. Miren ustedes, defendiendo el sistema público de salud, al que no renunciamos, queremos que termine la irracionalidad, no obstante, del gasto público sanitario, y consideramos que debe hacerse en un debate sosegado y sereno, sin prejuicios, en el marco del diálogo social y partiendo de una realidad que conocemos.

Tenemos que ir hacia medidas que mejoren ese sistema, no cambiar el sistema, para desbloquearlo, para hacerlo más eficaz y más eficiente. Y si hay que introducir instrumentos de recursos privados, armonizados como los define la Ley General de Sanidad, o instrumentos de gestión o cualquier otro instrumento que no atenta a la esencia del modelo público y de la responsabilidad pública del sistema, por qué no vamos a ser flexibles dentro de ese marco de diálogo, de colaboración, de consenso social, si van a permitir, en definitiva, una mayor autonomía de gestión, una mayor descentralización y, sobre todo, un mejor funcionamiento de los servicios, cuyo único objetivo es ése, ser un conjunto de instrumentos al servicio de los problemas de los ciudadanos, sin renunciar nunca a la responsabilidad y al compromiso de tener un sistema sanitario público de calidad, de responsabilidad pública, de financiación pública. Esa será una renuncia que nunca haremos.

Con estos instrumentos que consideramos que se tienen que poner en marcha para conseguir la mejora del sistema e introducir los cambios necesarios sin cambiar el modelo, también queremos hacer una referencia especial al personal. Uno de los puntos que también ha planteado el Ministro en la oferta del paquete de medidas a tomar en su departamento están dirigidas hacia el personal.

Es verdad que nuestro sistema nacional de salud cuenta con buenísimos profesionales. Es verdad que tenemos que mejorar las medidas para aumentar su motivación, su nivel de satisfacción, no solamente el de los ciudadanos, también el de los profesionales. Es verdad que, con frecuencia, la propia organización administrativa, tal como está, es en sí misma fuente de esas insatisfacciones y desmotivaciones. Por tanto, debemos armonizar la organización administrativa con los intereses profesionales y con la optimización de los recursos, pero sin que ello sea un fin en sí mismo.

Para los socialistas, señorías, el fin último siempre será lograr un sistema público de calidad al servicio de los ciudadanos, armonizando ambos intereses pero nuevamente habremos de hacerlo en el marco del diá-

logo y del consenso, y creemos que no debemos utilizar fórmulas rígidas; podemos pensar en un buen estatuto marco en un momento determinado y en un mal convenio, o al revés, en un buen convenio y en un mal estatuto marco. Esto es algo que dentro de ese clima de flexibilidad, de racionalidad, que debe presidir toda la reflexión, a través de las mejoras que son necesarias en el sistema, tendrá que verse, pero dentro de ese diálogo y de ese marco de consenso.

Por tanto —y finalizo ya— la flexibilidad y la racionalidad creemos que deben presidir cualquier medida que se tome en la dirección de mejorar, de consolidar este sistema público de sanidad, de salud pública, de recuperación de la vocación del servicio a los ciudadanos, que es una tarea que nos compete a todos.

Finalmente, quiero resaltar, señor Ministro, la satisfacción también del Grupo Socialista por la utilidad de su discurso, por la claridad. Se ha puesto a usted mismo una tarea muy difícil, que es el cambio y la mejora de la gestión, donde realmente hay que hacer un gran énfasis. Es muy difícil conseguir que eso se pueda realizar pronto, de la manera más ágil. En cualquier caso, en esta tarea, que deberá tomarla con rapidez pero con el tiempo que sea necesario —es un proceso que empieza y no acaba—, desde luego va a tener el apoyo y la colaboración del Grupo Socialista, porque nosotros siempre apoyaremos aquellas medidas positivas —no solamente porque están en nuestro programa y por ser un Ministro de nuestro Gobierno— que vayan encaminadas a lograr una mejora del sistema, una mayor racionalidad en el reparto de nuestros recursos, una mayor equidad y, en definitiva, a la consolidación de ese capital, al que no vamos a renunciar, que es la universalidad, la concepción integral de la salud, la financiación pública, en definitiva, la extensión, consolidación, mejora y desarrollo del sistema nacional de salud como servicio público y gratuito para todos los ciudadanos.

Nada más. Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señora García Manzanares.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Gracias, señor Presidente.

Señorías, si me permiten, haré una referencia a cada una de las intervenciones, referencia lógicamente no exhaustiva, pero sí quisiera no dejar de comentar algunos de los extremos que han sido el contenido de las intervenciones de SS. SS. y por el mismo orden.

Señor Hernández Mollar, le diría, en primer lugar, que comparto su opinión de que el debate ha sido, en ciertos momentos, algo crispado. Es posible que las formas, los procesos y los canales de distribución en algunos casos no sean todo lo eficaces que uno querría, pero la crispación no tiene justificación, ni desde luego origen, en una falta de reparto desde el momento en que se entregó el Informe Abril, sino, en todo caso,

en lo que podríamos llamar adelanto de hipótesis o de juicios de valor respecto de cuáles podrían ser las posiciones definitivas respecto al contenido del Informe. No ha habido en ningún caso —y lamento que S. S. lo haya podido sentir— lo que ha denominado falta de respeto por parte de mi Departamento en ninguno de los comentarios, en ninguna de las actuaciones y, desde luego, no en la distribución del Informe de la Comisión por parte del Consejo Interterritorial.

¿Comisión gubernamental, señor Hernández Mollar? Creo que es difícil llevar a cabo un nombramiento de una Comisión que sea del gusto de todos. Creo que lo que es fundamental es estar convencidos de que la Comisión ha estado compuesta por profesionales, a los que no se les ha sometido a ningún tipo de influencia, ni a ningún tipo de interferencia y que desde el Consejo Interterritorial lo que se ha hecho es soportar materialmente los trabajos de la Comisión.

Creo que ha sido una Comisión en la que han estado representadas bastantes tendencias, con un denominador común —insisto— en la profesionalidad de todas y cada una de las personas que han compuesto esta Comisión, pero por si no fuera poco este pluralismo existente en los miembros de la Comisión, el hecho de haber encargado varias ponencias, el hecho de haber conseguido que muchos expertos, de forma desinteresada, hayan contribuido a los trabajos de la misma, también es sin duda una garantía de objetividad. Sea cual sea el resultado del juicio que nos merezca tanto la composición de la Comisión como el resultado de la misma, lo que está claro es que es un conjunto de informaciones y un material al que se le puede añadir todo aquello que esté en disposición de ser entregado para su análisis. No es algo cerrado, sino que puede ser perfectamente ampliable en todos aquellos extremos y contribuciones que puedan no sentirse incluidas en el contenido de la Comisión.

Decía S. S. que la libertad de elección de médico está en la Ley General de Sanidad, y es cierto. Como también lo es —S. S. lo conoce perfectamente— que existe un cierto camino entre lo que son las declaraciones, los mandatos, la voluntad del legislador y la puesta en práctica de dichas medidas. Es evidente que la Ley General de Sanidad prevé esto, así como el establecimiento de un cierto modelo de atención primaria. Pero lo que también es evidente es que la libertad de elección de médico es imposible sin una casi finalización del modelo de atención primaria y sin una serie de condiciones técnicas para que esa libertad de elección se pueda materializar en la práctica, como es la existencia de un documento que garantice la titularidad de los servicios y que permita un control, un manejo y una gestión fácil y eficaz de dicha elección de médico.

Ese es el camino que se está llevando a cabo en los últimos tiempos. Por eso es por lo que finalmente, con la extensión de la tarjeta individual, podemos hoy decir que, en el primer trimestre de 1992, estaremos en condiciones de ver implantada la libertad de elección de médico en atención primaria.

En cuanto a la carrera profesional, señor Hernández Mollar, a la que se ha referido S. S., tengo que responder que creo que en todas las profesiones lo más importante, lo que un profesional considera el factor que determina su carrera profesional, es la capacidad del entorno de reconocer la eficacia y el esfuerzo de cada uno de los profesionales.

Estoy absolutamente de acuerdo con usted en que es necesario llevar a cabo algo que nos permita estar satisfechos con la carrera profesional, y que los profesionales del sector se sientan satisfechos dentro de una cierta carrera profesional. Pero no creo que sea bueno diseñar el envoltorio sin estar seguros de que tenemos dentro todo lo que tiene que haber en esa envoltura, de tal forma que no sea algo que defraude más de lo que vamos a remediar.

Por tanto, carrera profesional, sí. Estoy absolutamente de acuerdo, pero vamos a darle un contenido de verdad. No hagamos de la carrera profesional un puro formalismo en forma de galones en la manga dependiendo de cuántos años se ha estado en servicio. Hagamos de la carrera profesional un sistema por medio del cual cada uno de los profesionales se sienta identificado con su esfuerzo y con la remuneración que recibe del sistema para el que está trabajando. En ese sentido, estoy absolutamente de acuerdo con usted, señor Hernández Mollar.

No le puedo confirmar ninguno de sus temores, sino todo lo contrario, respecto de las noticias que haya podido leer de cambio de relación jurídica de los trabajadores, de cambio de la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de la Salud, etcétera. Evidentemente, no es nueva la costumbre de leer algunas cosas, pero lo que le puedo confirmar es que nada de esto podrá ser puesto en práctica sin que previamente exista un debate con los que tienen que opinar, como se ha hecho esta mañana sobre este tema. Con respecto a esta relación jurídica del personal, le quiero recordar que los estatutos del personal son preconstitucionales y que, por tanto, lo que estamos preparando es una adaptación de esos estatutos de hace muchos años a una regulación jurídica que responda a la actualidad.

Quiero también matizar que cuando se destruyen las radiografías y los historiales a que se ha referido S. S. no se hace por alguna razón inconfesable. Simplemente, se destruyen porque han pasado diez años y ésa es la costumbre, o porque haya un accidente absolutamente involuntario. Los historiales médicos no se destruyen de forma involuntaria.

Tengo que decirle que a lo mejor ha sido un problema de subconsciente, pero yo no he afirmado en ningún momento de mi intervención que se vaya a modificar el carácter público del INSALUD. No lo he manifestado. Quiero dejar claro que nunca se ha considerado la hipótesis de modificación del carácter público del INSALUD ni se ha puesto en duda el carácter jurídico-público de dicho ente.

Al señor Hinojosa quiero contestarle, en cuanto al porcentaje del 4,5 de financiación que no se cobra

—efectivamente, hay algunos problemas—, que no es que no se cobre, lo que ocurre es que quien cobra es la Tesorería General de la Seguridad Social y no directamente el Sistema Nacional de Salud. Cada vez que se produce una prestación (por cierto, tal y como prevé la Ley General de Sanidad) a alguien que no tiene derecho a las prestaciones de la Seguridad Social, se tiene que producir una facturación que se envía a la Tesorería General de la Seguridad Social que es quien, a su vez, se encarga de la facturación definitiva a la compañía de seguros o al particular correspondiente. Este es el procedimiento y, por tanto, no es el INSALUD quien puede llevar a cabo la facturación.

Falta de estadísticas. Estoy absolutamente de acuerdo. Hay un déficit de estadísticas sanitarias. Yo diría que es conveniente empezar a conformar una especie de oficina de estadísticas sanitarias que garantice no sólo la existencia de las estadísticas, sino la uniformidad de la metodología utilizada en la confección de dichas estadísticas. En este sentido, están trabajando en la unidad correspondiente del INSALUD para llevar a cabo este objetivo con el que coincido totalmente con usted.

En cuanto al porcentaje de crecimiento del gasto sanitario sobre el PIB, desgraciadamente existen presiones por muchos lados, como he tenido ocasión de expresar esta mañana, que tienden a que el gasto sanitario probablemente irá en aumento, como ha pasado, y como también seguirá pasando en otros países. Por tanto, el problema no es tanto cómo reducirlo, sino cómo hacer que ese crecimiento del gasto repercuta en un mayor bienestar, siendo controlable su crecimiento y dirigiéndose a aquellas prestaciones donde voluntariamente queremos que vayan y no de una forma automática, dependiendo de forma exclusiva de las tendencias del propio sistema.

Respecto del Consejo Interterritorial, que alguna otra intervención también lo ha señalado, le puedo decir que soy un auténtico admirador de los trabajos que se han llevado y se siguen llevando a cabo en el Consejo Interterritorial para el Sistema Nacional de Salud. Es un ejemplo de cooperación, de colaboración, entre los distintos consejeros de las comunidades autónomas y de la Administración central. Existe una auténtica preocupación por resolver los problemas del sector por encima de cualquier otro tipo de diferencias que haya entre los distintos miembros.

No tengo ninguna duda de que, si hubiera algún tipo de tentación centralizadora, sería inmediatamente neutralizada por esa vocación, por esa conciencia de preservar el bienestar del sector, inherente en todos y cada uno de los componentes del Consejo Interterritorial.

Me alegro de su apoyo al esquema, que diferencia e interrelaciona las actividades de financiación y de compra. Me parece que son una de las claves, uno de los principios sobre los cuales se puede construir un nuevo edificio organizativo en el Sistema Nacional de Salud.

No puedo sino asegurarle que no será por valor polí-

Es cierto que insiste en la necesidad de la descentralización. A propósito del comentario que ha hecho S. S. sobre la descentralización, querría referirme a algo que me parece muy importante.

Creo que es necesario que sigamos pensando en nuevos esquemas de organización de nuestro Sistema Nacional de Salud, en una nueva arquitectura, pero sería un gran peligro si todo lo apostamos a esa arquitectura envolvente, a ese gran edificio, a esa solución-macro y no nos fijamos, incluso antes, en la necesidad de modificar las organizaciones, los comportamientos de las unidades más pequeñas que componen el Sistema Nacional de Salud. El problema no sólo reside en la arquitectura global, en si va a tener una u otra naturaleza jurídica, si van a ser una o varias, sino en cuáles son los mecanismos por los cuales los distintos profesionales pueden encontrar fluido el camino para llevar a cabo su trabajo sin estorbos, sin escollos, sin contar con una burocracia que, más que facilitar, entorpece las funciones.

En cuanto a la homogeneidad geográfica, señor Revilla, es cierto lo que usted dice respecto de la competencia que se puede producir e, incluso, de las posibilidades de facturación, pero no quisiera tampoco dejar de insistir en que eso quizá deba de ser un estadio posterior, una consecuencia de algo que todavía en algunas partes no tenemos. Le contesto lo que le manifestaba antes a la señora Maestro respecto de la falta de equidad, en este caso geográfica.

La homogeneidad que tratamos de conseguir se refiere a dos grandes apartados: homogeneidad en la cantidad y calidad de las prestaciones —cualquiera que sea el punto geográfico—, y homogeneidad en la infraestructura sanitaria. Si no existe una cierta homogeneidad en la infraestructura sanitaria difícilmente puede haber una homogeneidad en la cantidad y calidad de las prestaciones, y difícilmente se pueden poner en marcha estos mecanismos de competencia y de facturación a los que usted se refería. Estoy de acuerdo, pero como paso posterior para el que necesitaríamos las otras dos consecuciones de homogeneidad en cantidad y en infraestructura.

Quiero insistirle en que el Consejo Interterritorial no pretende retomar lo que en otro tiempo estuvo en otro sitio, sino coordinar. No quiero ser reiterativo, pero quiero insistir de verdad en la labor enormemente seria que llevan a cabo los distintos consejeros de las comunidades autónomas y los representantes de la Administración central en el Consejo Interterritorial.

En cuanto a la autonomía de los centros sanitarios, estoy de acuerdo en ello, pero también quiero matizar que no es posible la descentralización, no es posible la autonomía, si no existen, no simultánea sino previamente, los mecanismos de control precisos que aseguren la posibilidad de esta autonomía. Simplemente quiero matizar que, todo lo que sea «autonomizar», todo lo que sea responsabilizar a los gestores, es un objetivo en sí mismo, pero que no puede llevarse a cabo si previamente no han sido diseñados unos mínimos mecanismos de control.

Al señor Olabarría tengo que agradecerle su actitud, la oferta del pacto sanitario, porque creo que ésta ha sido

precisamente la filosofía que he tratado de poner en marcha y de introducir ya que, no estamos tratando de algo que afecte a unos sí y a otros no; estamos hablando de algo que afecta a todos. Por tanto, no tendría sentido, a mi juicio, que no se llevase a cabo —como se ha podido comprobar esta mañana— con una intención de consenso y de pacto entre todos. Estoy de acuerdo también con usted en el concepto de recursos finitos y alternativos para otros usos y, en la necesidad de autolimitarnos en cuanto a los recursos disponibles para el sector sanitario.

Le puedo decir también que no habrá nada en la ley de Presupuestos que le pueda asustar, y le vuelvo a reiterar mi agradecimiento por la actitud de apoyo que ha demostrado.

El señor Oliver ha insistido también en algunos aspectos de descentralización a las Direcciones territoriales. Básicamente, estoy de acuerdo con algunas de sus consideraciones.

En cuanto a las áreas de salud, le diría que no sería demasiado conveniente ampliar en demasía el ámbito geográfico puesto que con ello se perdería precisamente uno de los objetivos de las áreas de salud cual es el conocimiento de las condiciones sanitarias de la misma así como la manejabilidad del área elegida.

La señora Larrañaga ha puesto de manifiesto una serie de puntos de reflexión apoyando los instrumentos de gestión, con lo que estoy absolutamente de acuerdo. Creo que es razonable el apoyo a la sanidad pública, y además con rigor, tal y como ha manifestado, así como en que el principio de subsidiariedad se aplique, no como en tiempos ha sido tradicional hacia el sector público sino, ciertamente, hacia el sector privado.

La señora Garmendia manifestaba que no se aborda el problema de la integración de la primaria con la especial. Esa ha sido, precisamente, una de mis insitencias en mi intervención, así como la necesidad de evitar que se produzcan las mejoras en sanidad en distintas velocidades, dependiendo de cuál sea la gravedad de las prestaciones que se demandan.

El señor Mardones tiene razón cuando habla de la necesidad de no escurrir el bulto en cuanto al toro que significa nuestro Sistema Nacional de Salud. Le puedo asegurar que no se va a escurrir el bulto, y le agradezco su apoyo y su disposición. Creo que le pondremos el cascabel al gato con un cierto calendario, sin parar de proponer cosas, pero también con la pausa y la prudencia que se merecen las características del sector sanitario.

En cuanto a su pregunta sobre el sistema de conciertos, yo le diría que ni se pueden ni se deben mejorar esos conciertos, tal y como están en estos momentos, en términos generales. Es decir, no se debe de abusar ni se debe de profundizar en el sistema de conciertos por estancia, sino que, más bien, debemos utilizar los fondos que proceden del sector público hacia el sector privado para resolver los problemas que están detectados precisamente en las listas de espera por las que estamos tan preocupados. Por eso, en mi intervención me refería a la modificación de los conciertos existentes tratando de llevarlos a

tico ni por competencia técnica de los equipos del Departamento por los que traeré los proyectos que estime oportunos y necesarios para la reorganización de nuestro Sistema Navional de Salud. Le agradezco el apoyo que, de antemano, nos anticipa para dichos proyectos.

Contestando a la señora Maestro, quiero decir que hay algún eslabón que no logro encontrar para ligar lo que estoy seguro que usted es capaz de ligar, porque es una persona profesionalmente capaz, desde el punto de vista de argumentación lógica. Su señoría parte de unas premisas y, de repente, llega a unas conclusiones en las que falla algo. ¿No será que está imaginándose algo que no existe? Igual que en alguna reunión me consta que decía que el Ministro de Sanidad había presidido las reuniones de la Comisión Abril, ¿no será que realmente se está imaginando cosas que no ocurren? Si no, no entiendo muchos de los razonamientos que lleva a cabo. Porque en algunas otras cosas estoy de acuerdo con usted. Estoy de acuerdo con muchos de sus diagnósticos y con muchos de los objetivos que pretende que lleve a cabo el Sistema Nacional de salud, pero hay otros razonamientos que no logro vislumbrar.

En cualquier caso, le puedo decir que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido especialmente cuidadoso en mantener la objetividad y la independencia de la Comisión presidida por don Fernando Abril Martorell. Se lo puedo decir por lo que a mí respecta y se lo puedo decir también por lo que respecta a mi predecesor. No ha existido ni siquiera la intención de tratar de encontrar en la Comisión un instrumento —como parece que ha querido decir su señoría— para tratar de justificar determinadas actuaciones. Tampoco creo que sea justo acusar a algunos miembros de la Comisión de que por ser asalariados o personal estatutario del Sistema Nacional de Salud hayan tenido que tener actitudes proclives a lo que podríamos llamar el posicionamiento gubernamental. Usted conoce a esas personas y sabe perfectamente que no son capaces de llevar a cabo un comportamiento de ese tipo. Precisamente, sabe que tienen un posicionamiento que está en línea con muchas de las cosas que usted ha mencionado. Estimo que muchos de los problemas desaparecerían si todo el razonamiento se basase en afirmaciones que se hacen en los sitios adecuados y no en aquéllos en los que presumiblemente se dicen.

No hay ningún proyecto de sociedades regionales. No se crea nada de lo que puedan decir por ahí. No se van a llevar ninguna sorpresa con esa cuestión. No sea tan escéptica respecto de los Presupuestos de 1992. En la Comisión de Presupuestos de este año tendré ocasión de explicar cómo en los presupuestos de 1992 se ha producido una prioridad hacia la sanidad.

No puedo dejar pasar la ocasión de decir que, a mi juicio, no tiene nada que ver la aplicación de la Ley de Contratos del Estado con la existencia de un control y que, por tanto, todo lo que esté fuera del marco de la Ley de Contratos del Estado y, específicamente, lo que esté dentro del marco de la contratación normal de un

ente mercantil está fuera del control. Me parece que son cosas diferentes. Están diseñadas de manera distinta y obedecen a objetivos distintos: la Ley de Contratos del Estado persigue unos objetivos y la contratación privada persigue otros. Ambos constituyen elementos de control suficientes si se emplean de forma adecuada y ambos permiten la excepcionalidad y la no utilización de los cauces previstos en cada uno de los dos ordenamientos.

Tampoco puedo dejar pasar la ocasión de decir que no es bueno que insistamos en un antagonismo entre el sector público y el sector privado, sobre todo cuando existe un punto de unión, que es la fijación de los objetivos de acuerdo con el sector público, desde el sector público, y financiados por el sector público. Si eso es lo que existe, realmente no tiene por qué haber ninguna dicotomía en la prestación, en la provisión del servicio, porque se ha marcado previamente una disciplina por quien financia y por quien decide en qué condiciones se lleva a cabo esa provisión. La provisión, por tanto, es algo que no afecta más que a la materialidad de la prestación del servicio y no a las condiciones que han sido previamente fijadas por el sector público, por el responsable público.

Que el objetivo de reducir el desempleo es coherente con la disminución de la desigualdad y, por tanto, es un factor que aumenta la salud de la población, es evidente, pero no quiere decir nada respecto de lo que podríamos llamar una medida operativa que mejore el Sistema Nacional de Salud.

En mi intervención me he referido precisamente a que uno de los problemas que tenemos es que no sólo existen desigualdades todavía en la prestación de los servicios, sino que hay otras que no proceden del propio sector sanitario, sino de condiciones socioeconómicas, renta, etcétera, que hacen que sea desigual la prestación de los servicios sanitarios. Me he referido precisamente, a que ése es uno de los sectores donde tenemos que intensificar nuestros esfuerzos. No estoy proponiendo ningún cambio de titularidad y, cuando lo haga, serán SS. SS. los primeros en saberlo.

Repito, de nuevo, señora Maestro, que no hay medidas de privatización. No puede haberlas. Usted sigue, día tras día, afirmándolo, pero espero convencerla de que no existen.

Por último, le diré que, en cuanto a la equidad, tendremos toda la que podamos conseguir. Ahí vamos a tener un consenso absoluto. Pero, confundir equidad con igualitarismo me parece que no es precisamente el mejor camino de conseguir la equidad.

Al señor Revilla quiero contestarle que es verdad que el «informe Abril» incide básicamente en lo que podríamos llamar los aspectos de gestión. Creo que no solamente es un informe completo, ya que abarca casi todos los aspectos, sino que además es, como no podría ser de otra forma, selectivo en cuanto a la solución de determinados problemas. En esa selección aboga por los problemas derivados de la organización y de la gestión como los más urgentes y, por tanto, los trata con una mayor extensión.

conciertos por procesos, hacia esos procesos en los que hay más listas de espera.

Finalmente, la señora García Manzanares ha hecho una brillante exposición de la evolución en los últimos años. Es importante, como S. S. ha puesto de manifiesto, darnos cuenta de que ésta no es una situación que no viene de ningún sitio y tratar de comparar las distintas fotos fijas que componen la película desde hace muchos años. Este repaso es el único que nos puede poner en perspectiva y que puede dar sentido a las políticas de futuro.

Ha puesto S. S. énfasis en la mejora de gestión. También me siento identificado con sus planteamientos cuando se ha referido a la inexistencia de esos fantasmas de división. Coincidimos asimismo, en la necesidad de que los gastos de farmacia no sean una especie de válvula de escape de los problemas y de las ineficacias del sector, sino que vayan realmente a resolver los problemas sanitarios de las personas en su justa medida.

La defensa del sistema público de salud es consustancial a la actuación del Gobierno y, al mismo tiempo, también es fundamental, como decía antes, tratar de que lo importante de lo público sea los objetivos y que no esté todo justificado por el carácter público de las organizaciones que prestan los servicios.

La motivación de personal me ha llevado algún tiempo en mi exposición y me llevará mucho más tratando de poner en marcha ese mecanismo de flexibilidad para que los grandes profesionales que tenemos en el sector se encuentren perfectamente integrados y hallen en su profesión una calidad de vida además de una forma de ir todos los días al puesto de trabajo.

Quiero darle las gracias también, señora García Manzanares, por el apoyo que ha prestado y seguirá prestando, así como por su comprensión ante las dificultades que ha mencionado que pueden aparecer en el camino.

Señor Presidente, señorías, creo que el debate ha tenido una característica fundamental, cual es la búsqueda de puntos de contacto, la búsqueda de coincidencias.

No me queda, señor Presidente, señorías, más que alegrarme de que, efectivamente, se haya producido, en gran medida, una coincidencia respecto de lo que queremos llevar a cabo en nuestro Sistema Nacional de Salud. Por mi parte, lo que quiero es reiterar mi voluntad de llevar a cabo toda la discusión que sea necesaria para que exista un producto final que sea el resultado de un debate, pero de un debate con consenso que nos permita tener un modelo de Sistema Nacional de Salud como lo tenemos, en el que creemos, y que, además, tenga un funcionamiento del que nos sintamos orgullosos como de otras muchas cosas empezamos a sentirnos orgullosos respecto del contexto internacional.

En lo fundamental, tenemos que conservar lo conseguido; tenemos que evitar afectar a los débiles con cualquier medida que tengamos en la cabeza; tenemos que reorganizar el sistema para que sea más eficaz; tenemos que conseguir esa motivación personal; y tenemos que insistir mucho en las reformas de detalle, en las reformas micro y no necesariamente en los grandes esquemas, en las grandes arquitecturas. Esa es la intención: la de presentarles y hacerles partícipes de estas arquitecturas pequeñas, de estos modelos que son, en definitiva, los que nos pueden permitir tener la seguridad de que el sistema funciona más adecuadamente.

Para finalizar, creo que si hay algo que ha caracterizado no sólo la Comisión presidida por el señor Abril, sino este debate, ha sido la honestidad intelectual de todos los que han intervenido. Al menos para mí ha sido muy útil, espero que lo haya sido para ustedes y, desde luego, me reitero en el ofrecimiento de continuar este debate en la forma en que SS. SS. lo consideren adecuado.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Muñoz García): Gracias, señor Ministro.

Se levanta la sesión.

Eran las dos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008-Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961