



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 1993

V Legislatura

Núm. 31

SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENTA: DOÑA BLANCA GARCIA MANZANARES

Sesión núm. 2

celebrada el jueves, 30 de septiembre de 1993

Página

ORDEN DEL DÍA:

- Aprobación, en su caso, de la delegación en favor de la Mesa, a la que hace referencia la Resolución de la Presidencia de la Cámara, de 2 de noviembre de 1983, en relación con el artículo 44 del Reglamento del Congreso de los Diputados. (Número de expediente 42/000007.) 492
 - Aprobación de la celebración de las comparecencias de la señora Ministra de Sanidad y Consumo. (Números de expedientes 213/000009 y 213/000030.) 492
 - Comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo (Amador Millán), para informar:
 - De las previsiones y líneas generales a desarrollar por la Ministra en su Departamento en este mandato. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal IU-IC. (Número de expediente 213/000009.) 492
 - Sobre el programa a desarrollar al frente de su Departamento. A solicitud del Grupo Parlamentario Popular. (Número de expediente 213/000030.) 492
 - De las previsiones y líneas generales a desarrollar en su Departamento. A petición propia. (Número de expediente 214/000015.) 492
-

Se abre la sesión a las cuatro y treinta y cinco minutos de la tarde.

- **APROBACION, EN SU CASO, DE LA DELEGACION EN FAVOR DE LA MESA, A LA QUE HACE REFERENCIA LA RESOLUCION DE LA PRESIDENCIA DE LA CAMARA, DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983, EN RELACION CON EL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (Número de expediente 42/000007.)**

La señora **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías.

Vamos a dar comienzo a la primera sesión de esta legislatura de la Comisión de Sanidad y Consumo.

El punto primero del orden del día, como conocen SS. SS., es la aprobación, en su caso, de la delegación de la Comisión en la Mesa de las atribuciones a que hace referencia la resolución de la Presidencia de la Cámara, de 2 de noviembre de 1983, en relación al artículo 44 del Reglamento del Congreso de los Diputados.

Respecto de este tema, esta Presidencia quiere hacer a la Comisión una propuesta, que se ha acordado tras oír a los miembros de la Mesa y los portavoces, que es la siguiente: este acuerdo contempla que la Comisión delegue en esta Mesa la atribución para la realización de los órdenes del día de comparecencias y ello se hará así siempre que exista unanimidad en la Mesa. En el supuesto de que no existiera unanimidad entre los miembros de la Mesa se llevará el tema a Mesa y portavoces, por ampliar más todavía la posibilidad de llegar a acuerdos con el máximo consenso, como es la unanimidad. Si a pesar de todo, evidentemente, algún Grupo quiere volver a plantear, tal como lo dice el Reglamento, que recupere la Comisión esa competencia, el tema quedaría abierto.

Por tanto, la propuesta es que la Comisión delegue en la Mesa y siempre que haya unanimidad así se va a hacer; en el supuesto de que no la haya llevaríamos el tema a Mesa y portavoces, y ahí quedaría siempre en el buen entendimiento de que va a salir adelante por unanimidad, reservando siempre a la Comisión la posibilidad de volver a recuperar esa facultad. ¿Están de acuerdo SS. SS.? (**Asentimiento.**)

- **APROBACION DE LA CELEBRACION DE LAS COMPARECENCIAS DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO. (Número de expedientes 213/000009 y 213/000030.)**

La señora **PRESIDENTA**: Segundo punto del orden del día. Como no estaba conferida la delegación a que hace referencia el punto anterior hay que someter a la Comisión la aprobación de la celebración de las comparecencias que a continuación vamos a celebrar de la señora Ministra de Sanidad y Consumo. ¿Lo aprueba la Comisión? (**Asentimiento.**)

Gracias, señorías.

COMPARECENCIA DE LA SEÑORA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO (AMADOR MILLAN) PARA INFORMAR:

- **DE LAS PREVISIONES Y LINEAS GENERALES A DESARROLLAR POR LA MINISTRA EN SU DEPARTAMENTO EN ESTE MANDATO. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA. (Número de expediente 213/000009.)**
- **SOBRE EL PROGRAMA A DESARROLLAR AL FRENTE DE SU DEPARTAMENTO, A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR. (Número de expediente 213/000030.)**
- **DE LAS PREVISIONES Y LINEAS GENERALES A DESARROLLAR EN SU DEPARTAMENTO, A PETICION PROPIA. (Número de expediente 214/000015.)**

La señora **PRESIDENTA**: Punto tercero, celebración de las comparecencias de la Ministra de Sanidad y Consumo, que han sido solicitadas para informar sobre las previsiones y líneas generales a desarrollar por el Ministerio en su Departamento en esta legislatura, comparecencias que han sido solicitadas por el Grupo Federal de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, el Grupo Parlamentario Popular, y el Gobierno.

Debo transmitir también a SS. SS. que por acuerdo de la Mesa y portavoces vamos a conferir cierta deferencia o prioridad a la solicitud de la señora Ministra; por tanto, agruparemos las tres solicitudes en una.

Vamos a proceder a la comparecencia de la señora Ministra. (**Pausa. El señor Fernández-Miranda y Lozana pide la palabra.**)

Tiene la palabra el señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Una cuestión de procedimiento, señora Presidenta.

Habitualmente, incluso con normas escritas emanadas desde la Presidencia, la persona compareciente o el Ministro, para estar netamente diferenciado de lo que institucionalmente supone la Mesa de la Comisión, deberá ocupar un sitio geográfico distinto; por lo cual proponemos que, en este caso, la Ministra ocupe un extremo de la Mesa sin interrumpir la continuidad de los miembros de la misma.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, efectivamente este es un tema que se trató en Mesa y también hace unos momentos con los portavoces. En el Reglamento de la Cámara y en el de la Comisión no se dice nada al respecto. Ese habitualmente al que S. S. hace referencia es una costumbre, una tradición que a veces se ha tenido en cuenta en algunas comisiones. Existe un acuerdo de la Mesa del Congreso en el que ciertamente tampoco se dice nada concreto para las comisiones.

Nosotros hemos intentado que el señor letrado hiciera una consulta en la Mesa y prevalece en cada Comisión un poco el criterio, la costumbre y la tradición. Quiero recordar que mi Grupo y otros grupos de la Mesa habida cuenta que si la tradición y la costumbre hacían que en esta Comisión, no de Sanidad y Consumo, pero sí de Política Social y Empleo, que era como se denominaba anteriormente, el compareciente por deferencia, por cortesía o porque así lo venía dictando la tradición se sentaba en el centro de la mesa, hemos pensado que, efectivamente -aunque las solicitudes de su Grupo eran en sentido contrario- se continuara la tradición que venía siendo habitual y que era, repito, que el compareciente, sea quien fuere, ocupe el lugar central de la Mesa.

Su señoría y su Grupo tienen la posibilidad de hacer la consulta o el recurso correspondiente a la Mesa del Congreso. Entretanto, esta Presidencia y esta Mesa consideran que se debe mantener la tradición habitual de que el compareciente figure en el centro de esta Mesa.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, vamos a cumplimentar el tercer punto del orden del día, que es la comparecencia de la señora Ministra de Sanidad y Consumo para informar de las previsiones y líneas generales a desarrollar por su departamento. Para ello se encuentra con nosotros la señora Ministra de Sanidad y Consumo, doña Angeles Amador, a quien damos la bienvenida en la Comisión. Tiene la palabra, señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, deseo en primer lugar expresar mi satisfacción por comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados por primera vez.

Me parece un acierto haber deslindado la sanidad y el consumo de otras políticas y haberle adjudicado una comisión específica. Estoy convencida de que el trabajo de la Comisión facilitará el diálogo entre el Parlamento y el Ministerio, un diálogo que no sólo es necesario, sino que es una obligación de todos los que desde uno u otro papel asumimos la responsabilidad de dar respuestas al derecho constitucional a la protección de la salud y a la protección del consumidor que asiste a todos los españoles. Por mi parte tengo toda la confianza en que mantengamos una fructífera colaboración.

Vengo hoy a exponerles, señorías, la política de mi Ministerio, como dice el orden del día, pero deseo realmente que no sea esto un monólogo, sino que quiero exponerles cuáles son nuestras propuestas para debatirlas y para escuchar las suyas, sus sugerencias y mejorar y enriquecer así nuestras líneas de actuación.

Es bueno que hablemos de principios de la política sanitaria, del Sistema Nacional de Salud. La política sanitaria, señorías, tiene un gran componente de trabajo a medio y largo plazo. La sanidad debe ser flexible para

adaptarse a los nuevos avances de la ciencia, a las nuevas circunstancias sociológicas y hacer frente a los nuevos riesgos y a las nuevas enfermedades. Pero en lo fundamental yo creo que no se puede improvisar en sanidad y que se deben garantizar unas líneas básicas de continuidad en sus acciones, sobre todo cuando los indicadores de salud de la población española nos muestran que, aunque tengamos problemas que resolver, la salud de los españoles no está mal hoy y, además, la tendencia es a mejorar.

La política sanitaria debe estar presidida por una enorme dosis de prudencia para mantener los logros hasta hoy conseguidos, que son muchos. Por tanto, con la consideración y el respeto a la labor que se ha hecho hasta ahora, a las cosas importantes que se han culminado o que están iniciadas y de cuyos frutos nos beneficiamos hoy, también habrá innovaciones, algunas novedades que voy a exponerles, con las que pretendo impulsar y conseguir la colaboración responsable de los profesionales que hacen posible que cada día se proteja la salud de los 40 millones de españoles y la colaboración también de todos los ciudadanos para que hagan un uso responsable de los recursos sanitarios:

No son innovaciones de fondo, porque considero que los cimientos del Sistema Nacional de Salud están firmemente instalados y no deben tocarse. La Ley General de Sanidad representa una guía de actuación para las administraciones públicas que debemos seguir desarrollando en sus objetivos y mejorando en sus instrumentos. La Ley General de Sanidad dota a nuestra sociedad de un sistema sanitario público que alcanza a todos los españoles sin discriminación alguna. La Ley establece que el Sistema Nacional de Salud se financie con recursos públicos, que la utilización de los servicios sanitarios se base en el criterio de necesidad y que la gestión del sistema, encomendada a las administraciones públicas, pueda realizarse con provisión de recursos públicos o privados.

La extensión de la sanidad a toda la población, la atención integral a la salud, la equidad y la solidaridad son principios generales inspiradores del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y también expresión de unos valores sociales que están muy hondamente enraizados en nuestra cultura europea de final de siglo.

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, en abril de 1986, hasta la actualidad, se ha realizado, como todos ustedes conocen, un enorme esfuerzo para desarrollar definitivamente y consolidar el Sistema Nacional de Salud.

Los avances han sido fundamentales en extensión de la cobertura, que ha pasado del 82 por ciento, en el año 1979, a la práctica universalización actual. Un 18 por ciento de la población que no es sólo un porcentaje, sino que significa que más de siete millones de ciudadanos que antes no tenían asegurada la cobertura sanitaria ahora sí la tienen.

Otro avance significativo fue la financiación mayoritaria por ingresos del Estado a partir de la modificación del sistema de financiación del año 1989.

A estos grandes elementos que dibujan los perfiles del

Sistema Nacional de Salud hay que añadir, sin duda, el aumento sostenido del gasto público por persona protegida en los últimos años y que se ha traducido en el desarrollo de muchos programas de mejora y extensión de los servicios sanitarios públicos, en especial el de reforma de la atención primaria de salud y de la apertura de numerosos hospitales allí donde hacían más falta.

Todo esto es lo que me hace afirmar hoy que el sistema sanitario público es en España una de las instituciones básicas que promueven la seguridad, el bienestar y la convivencia en paz de los españoles. Es una conquista de toda la sociedad, una conquista que debemos cuidar, proteger, fortalecer y mejorar en sus deficiencias.

Permítanme que ilustre esta afirmación con algunos datos, seguramente conocidos de todos ustedes pero que no es malo recordar, para hacernos una idea de hasta qué punto la sanidad pública forma parte hoy de la realidad cotidiana de los españoles.

El Sistema Nacional de Salud hace en atención primaria 225 millones de consultas al año, casi 700.000 por día; más de 46 millones de consultas hospitalarias, unas 140.000 por día. Cada año se atienden nueve millones de urgencias, que significan 25.000 por día. Se practican millón y medio de intervenciones quirúrgicas al año, de ellas 1.492 trasplantes de riñón, 468 trasplantes de hígado y 259 trasplantes de corazón. Se mantienen 13.000 enfermos en diálisis y se extienden 550 millones de recetas al año. Son datos éstos de 1992.

Esta enorme actividad del sistema no puede ser ajena a los indicadores de salud excelentes de que disfrutamos y que nos sitúan en un puesto destacado entre los países desarrollados. La esperanza de vida al nacer en España es de 76,5 años mientras que la media de la OCDE es de 75, según datos de la propia OCDE.

Hace pocos días se presentó en Londres el informe «El progreso de las naciones», realizado por Unicef. De él se han hecho eco los medios de comunicación pero tan sólo, en lo que yo he visto, para reflejar un dato: la baja tasa de natalidad que actualmente tenemos, que es de 1,4 nacimientos por mujer, un dato que empieza a ser preocupante. Pero el informe dice mucho más. Dice, por ejemplo, que España posee una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo (nueve defunciones hasta los cinco años por cada 1.000 niños que nacen sanos), cifras iguales a las de Austria, Dinamarca, Francia, Alemania y el Reino Unido.

El informe dice también que el programa realizado en mortalidad infantil en España, en los últimos años, es impresionante. También la mortalidad de la mujer por causas relacionadas con el embarazo o con el parto está entre las más bajas del mundo —cinco de cada 100.000—, junto a Canadá, Alemania, Suiza, Suecia y Grecia.

La inmunización contra el sarampión, por ejemplo, que es un indicador fiable utilizado para valorar la calidad de la salud infantil, en ese indicador, España consiguió, en 1991, una proporción de invulnerabilidad del 84 por ciento entre los menores de dos años, una cifra superior a la media de los países industrializados que se sitúa en el 80 por ciento.

Las estadísticas, señorías, son el principal instrumento que tenemos para valorar la salud. De hecho, el nacimiento y el desarrollo de la estadística está muy vinculado a la epidemiología y a los estudios de mortalidad, pero *las estadísticas en sí mismas, aisladamente consideradas*, no sirven; sólo valen en la comparación con situaciones precedentes para conocer si la tendencia es a mejor o a peor, y en la comparación con otras regiones y otros estados, para conocer nuestra situación en el mundo real.

Las estadísticas, señorías, son incontestables. La salud de los españoles es buena, el Sistema Nacional de Salud funciona dando un gran servicio de protección a la salud y un gran servicio de asistencia sanitaria, y eso lo conseguimos con unos costes comparativamente bajos. Hoy gastamos unas 190 pesetas por habitante y día. Estados Unidos, por ejemplo, gasta 1.000 pesetas por habitante y día, dejando fuera de cobertura a 37 millones de ciudadanos. Globalmente, yo creo que hay que admitir una buena eficiencia del sistema.

Creo que es bueno partir de esta referencia general, una referencia real y objetiva, sobre todo en estos momentos cuando el trabajo político tiene un marcado contenido económico. Hay que debatir y aprobar unos presupuestos que necesariamente serán rigurosos. Atravesamos una crisis económica de gran envergadura y hay que ser exigentes con el gasto público. Pero precisamente por esto, por el rigor que nos exige el momento, es importante que tengamos un fiel conocimiento de los fines y objetivos que persigue el gasto público. Es importante que estemos de acuerdo sobre lo que es prioritario y lo que no lo es y es también importante que sepamos qué propuestas políticas van a ayudar a salir de la crisis en las mejores condiciones para la mayoría de los ciudadanos españoles y qué otras propuestas nos sumirían aún más en ella o provocarían graves fracturas sociales al atentar contra logros sociales conseguidos.

En estos momentos, en la coyuntura difícil que atravesamos, cuando hay que mirar con lupa cada peseta que gastamos en el sector público, yo tengo que afirmar que la sanidad es una prioridad absoluta del Gobierno, como lo son también la enseñanza y las pensiones, que constituyen conjuntamente los pilares básicos de un Estado de bienestar.

La sanidad es una prioridad porque forma parte fundamental del Estado social de derecho que hemos construido a lo largo de los últimos años, un Estado social adoptado por nuestra Constitución de 1978, en clara contraposición al arquetipo del Estado liberal propio de otras épocas históricas, cuyo núcleo viene definido por los principios rectores de la política social y económica. Entre tales principios rectores ocupa un lugar destacado el derecho a la protección de la salud, cuya efectividad no se consigue, desde luego, con la pasividad de los poderes públicos, sino que requiere una actuación tutelar de éstos, bien a través de medidas preventivas, bien a través de una actuación directamente prestadora mediante la organización de los servicios necesarios, como la propia Constitución recuerda y ordena.

El derecho a la protección de la salud, señorías, está

directamente vinculado al derecho fundamental a la vida, porque el derecho no tiene sentido sólo como una garantía frente a la privación de la vida o frente a lesiones que atentan contra su integridad. En otras palabras, no sólo se tiene derecho a vivir, sino derecho a vivir sano y la salud física y psíquica requiere que la existencia discorra en condiciones adecuadas de calidad. Esta es la mayor garantía para la prevención de las enfermedades de toda índole y cuando la enfermedad aparece debe ser combatida por los poderes públicos con todos los medios a su alcance, porque nadie está obligado al sufrimiento, aunque haya que resignarse a padecerlo.

La Ley General de Sanidad, al establecer el principio de universalización de las prestaciones sanitarias, ha proporcionado respaldo jurídico suficiente a dichas demandas, en congruencia con el derecho fundamental a la protección de la salud, y con ello ha echado también sobre las espaldas del sistema sanitario público la responsabilidad de atender, sin acepción de personas, las solicitudes de asistencia que se formulen.

Sin embargo, la presión que los ciudadanos ejercen hoy sobre el Estado en sus demandas de asistencia sanitaria, amparados en la legítima aspiración de obtener una respuesta casi siempre urgente a las situaciones de enfermedad o de quebranto accidental de la salud, no debe llevarnos al desconocimiento de que las prestaciones asistenciales no son el contenido único del derecho a la protección de la salud, ni siquiera delimitan un núcleo fundamental de su actuación. La actuación fundamental de los poderes públicos se centra en la prevención de la enfermedad, lo que no obsta para tener que luchar con la mayor eficacia contra ella una vez que se manifiesta.

Este es el significado profundo del derecho a la protección de la salud y no sólo del derecho a la asistencia sanitaria. Esta forma parte del contenido de aquél como una de sus manifestaciones, pero no es la más importante. Lo decisivo no es el derecho a recibir asistencia en caso de enfermedad, sino el derecho a disfrutar de una calidad de vida que evite pérdidas injustificadas o al menos evitables de la salud. En este ámbito, corresponde a la autoridad sanitaria garantizar la igualdad sustancial de todos los españoles en el ejercicio del derecho a la protección de la salud en su sentido más profundo. La igualdad en salud es una conquista básica del Estado de bienestar y en tiempos de crisis hay que afirmar con contundencia que es una conquista irrenunciable.

La sanidad pública, como la educación, como las pensiones, como el desempleo, son elementos esenciales de una política de protección social; es esa política que nos permite seguir avanzando como sociedad en riqueza, en estabilidad, en cohesión y en seguridad. Y, entre todas estas políticas, hay que decir que la sanidad pública es el servicio público más redistributivo, más equitativo y más democrático de cuantos existen.

Aunque la fascinación por el progreso médico nos lleve hoy a la ilusión, en ocasiones, de que algún día será posible ganar la batalla a todas las enfermedades, eso no es verdad, eso es una utopía. Las leyes biológicas son imperativas para todos los hombres. Pero hay que recor-

dar que hasta hace pocas décadas, en este país, esas diferencias, ese fin inexorable estaba muy matizado por la condición social. Las estadísticas sanitarias eran bien claras y demostraban que la enfermedad y la muerte no castigaban igual a los más débiles que a los más instalados. Era la realidad sangrante que hoy seguimos viendo entre los países del primer mundo, donde la esperanza de vida se acerca a los 80 años, y los del tercer mundo, donde ronda los 30. Esta vieja realidad hoy no es reconocible en España.

La sanidad pública ha hecho de la salud el valor más democrático de cuantos hay en la sociedad. Ante la necesidad de ser hemodializado, de ser intervenido de corazón, de ser asistido en cuidados intensivos, de ser tratado contra el sida o contra el cáncer, o de recibir un trasplante, no hay distinción alguna. La espera, cuando la hay, es igual para todos, como la cantidad y la calidad de la asistencia, y todos los ciudadanos españoles hoy tienen derecho a estos tratamientos cuando lo precisan y sólo la sanidad pública puede garantizarlos. La medicina moderna se ha hecho tan costosa que sólo con el esfuerzo de todos es posible hoy financiar las necesidades sanitarias que tienen unos pocos. Ni siquiera las clases más instaladas pueden asegurarse un acceso privilegiado a estos servicios que hoy posibilita la sanidad moderna, porque la oferta privada es limitada o no existe, y no puede existir porque no hay mercado para estos servicios, no son rentables desde el punto de vista de la empresa privada. Esta es una de las grandezas de nuestro sistema sanitario público. Lo he dicho ya en alguna ocasión: Creo que la habitación de un hospital público es el lugar de encuentro de clases sociales más libre, más humano y más democrático que jamás haya existido.

Aunque estemos de acuerdo en todo esto, aunque en lo teórico no discutamos el valor de la moderna sanidad pública y gratuita, lo cierto es que la sanidad se ve afectada por un fenómeno particular que no sufren otros servicios del Estado. Continuamente se vienen cuestionando sus principios básicos. Su imagen pública no se corresponde con lo que realmente representa. No basta con el convencimiento teórico y con una visión complaciente de la realidad sanitaria, porque a pesar de los logros sociosanitarios alcanzados, a pesar de los datos indiscutibles que nos dicen que disponemos de las más bajas tasas de mortalidad —que he citado—, de las más altas esperanzas de vida al nacer, a pesar de que estemos a la cabeza del mundo en algunos indicadores como el de trasplantes, a pesar de que todo ciudadano tenga hoy acceso a la más sofisticada tecnológica médica cuando la necesita, sin discriminación de ningún tipo, a pesar de todo eso seguimos asistiendo al cuestionamiento permanente de la sanidad pública, de la calidad de sus servicios, de su rendimiento, de sus resultados y hasta del propio futuro del Sistema Nacional de Salud como institución que garantiza la universalidad y la gratuidad de la asistencia. Se habla a veces de despilfarro, de saco sin fondo, de ineficiencia, de desorden, de descontrol del gasto, y lo cierto es que en España se ha conseguido este nivel de cobertura, del que he dado algunos datos, con un gasto relativa-

mente contenido, y desde luego menor que el de otros países de nuestro entorno. Este permanente cuestionamiento del sistema y de su eficacia me preocupa, porque me parece indiscutible la esencia y la existencia del propio sistema. Por tanto, que con ocasión de cada debate presupuestario asistamos a este cuestionamiento, a este volver a empezar y a este replantearse el Sistema Nacional de Salud, verdaderamente me parece asombroso.

Me propongo definir el sistema, el alcance del sistema sanitario público, sus actuaciones, lo indiscutible de su permanencia y consolidación, su marco financiero y su naturaleza o su carácter de seña de identidad del Estado social de derecho en el que vivimos. Quizá no esté hoy suficientemente claro qué podemos y qué debemos esperar del sistema sanitario público. Quizá el ciudadano no tenga perfectamente claro qué puede y debe obtener de la sanidad pública y cree, en ocasiones, que no se le proporciona lo que se promete o lo que le espera, y comienza a retirar su apoyo. Se da una pérdida de legitimación. Por eso yo creo que estamos en un momento en que es imprescindible distinguir entre la existencia de problemas y la crisis del sistema. Sólo si no somos capaces de resolver los problemas que tenemos, acabaremos teniendo como resultado una pérdida de estabilidad que amenaza a instituciones tan básicas como la que estamos tratando.

En la consideración de lo público, a veces percibo que hay quien piensa que no hay que administrar rigurosamente ni que dosificar adecuadamente los recursos. A veces parece que cuando tratamos de lo público es como si no pagara nadie, como si no hubiera que valorar los costes, los esfuerzos. También se constata con preocupación que a veces se hace responsable a los poderes públicos de limitaciones evidentes que existen en las posibilidades de curación. Hoy en ningún sistema sanitario se cura todo, no existe siempre la respuesta médica que resuelva eficazmente un problema de salud, y no me parece justa la tendencia a responsabilizar de esto a los poderes públicos.

Tampoco el sistema sanitario público puede suplir absolutamente la solidaridad, los cuidados que el entorno familiar y social sólo puede proporcionar y, por tanto, tampoco debe transferirse al sistema sanitario público la responsabilidad individual y colectiva de una sociedad solidaria. No es verdad que lo mejor para un enfermo sea morir en un hospital en una UCI. Deberíamos decirlo porque es así y hacer reflexionar más sobre nuestra propia responsabilidad personal, familiar y social, en vez de transferir sistemáticamente a los poderes públicos algunas responsabilidades que sólo a los individuos compete.

Tampoco la protección del Sistema Nacional de Salud puede extenderse indefinidamente. Los supuestos son muchos, no seguramente los que se reflejan, pero cuando un ciudadano español decide hoy trasladarse a un país extranjero a recibir una atención médica por decisión propia —porque es muy libre de hacerlo—, no me parece razonable que tenga la expectativa de que el sistema sanitario público le reembolse esa atención médica recibida en otro país, porque hoy en España y en los hospitales públicos en España se da la misma atención médica que

se da en cualquier hospital del mundo. Por tanto, si en uso de la libertad individual cualquier persona decide someterse a un tratamiento fuera del país, no parece razonable y además no estamos en condiciones de reembolsar decenas de millones de pesetas que a veces se reclaman del sistema sanitario público.

Pero no es sólo el ciudadano el que se acerca al sistema sanitario público como si éste fuera un marco ilimitado de atención, con capacidad infinita de atender todas sus necesidades de cualquier índole. También desde el sector privado, a la hora de planificar sus prestaciones, se cuenta permanentemente con la existencia de un red pública que en cualquier momento hace frente a cualquier necesidad de asistencia sin ningún condicionamiento, y debería reconocerse así. También desde los poderes públicos se han adoptado decisiones a lo largo de los últimos años en materia laboral, en materia social, en materia industrial, en materia de función pública. Se han reconocido derechos que tienen un importante contenido sanitario y que no siempre se ha hecho evidente, pero que es bueno recordar y tener presente a la hora de evaluar el crecimiento del gasto sanitario, ese supuesto descontrol en el crecimiento del gasto sanitario.

Todos estos factores y algunos otros han sido posibles porque hoy no está claramente definido cuál es el ámbito de prestaciones del sistema sanitario público, qué prestaciones hacen efectivo el derecho a la protección de la salud que la Constitución proclama. Por ello me parece tarea imprescindible avanzar en esa definición, de forma que el ciudadano ejerza sus derechos conociendo perfectamente el alcance de éstos, porque ello, además, garantiza la igualdad sustancial de los españoles en la prestación sanitaria. Sólo si tenemos recogidos y bien claras cuáles son esas prestaciones sanitarias, podremos estar seguros de que se están recibiendo en iguales condiciones en todo el país, en cada centro sanitario público de todo el territorio. Por ello, en el Ministerio estamos trabajando ya en la elaboración de un catálogo de prestaciones que refleje las técnicas, procedimientos, servicios y bienes a que tiene derecho el ciudadano, en cada circunstancia, para que sea efectivo el derecho a la protección de la salud. Es evidente la envergadura y la complejidad técnica de la tarea, pero espero contar, en el plazo que nos hemos marcado, con la colaboración científica y técnica de los sectores implicados, de los médicos, de la enfermería, de los demás profesionales, de la industria y de los agentes sociales para que el resultado sea riguroso y tenga un amplio consenso, el mismo que ha obtenido ya en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por parte de todas las comunidades.

Para hacer más efectiva esta colaboración, para identificar cada vez más los problemas, para clarificar algunos conceptos que hoy no lo están tanto, vamos a acometer la ordenación de las profesiones sanitarias para definir cuáles son, cómo se forman hoy los profesionales para atender las nuevas necesidades y cómo promovemos mecanismos de incentivación, desde la carrera profesional al incentivo económico. Para eso, y previa discusión con todos los interlocutores que ya conocen cuáles son las

directrices de esa ordenación, vamos a elaborar el proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

A través de la definición de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud vamos a conseguir algunas cosas que, a mi juicio, son básicas para abordar la solución de otros problemas. Vamos a conseguir definir el campo de trabajo específico de la sanidad, en el que los políticos, los administradores sanitarios y los profesionales podamos saber de qué estamos hablando con el mismo lenguaje. Vamos a despejar falsas expectativas que no se corresponden con la realidad posible de la ciencia y de la técnica actuales o cuestionan principios éticos. Con la definición de las prestaciones vamos a conseguir también algo que es decisivo para garantizar el futuro del Sistema Nacional de Salud, la corresponsabilización de los distintos sectores y de las distintas políticas en el mantenimiento y en el respeto al campo específico de la protección de la salud. Corresponsabilidad, en primer lugar, del ciudadano, para que use los servicios y demande las prestaciones que necesite y para que no sea benevolente con el fraude. Corresponsabilidad de los profesionales, especialmente de los médicos, ya que sin contar con los médicos y con su corresponsabilización con los fines del sistema no es posible avance sanitario alguno, y menos aún es posible conseguir un crédito estable del sistema y de sus valores. Corresponsabilidad también de la oferta privada de servicios sanitarios, para que sean lo que deben ser: complemento necesario en la provisión de servicios. Corresponsabilidad de las empresas del sector, para que orienten sus actividades a las necesidades reales de salud de los ciudadanos, para que no generen expectativas que no se corresponden con la realidad y que caigan inútilmente sobre los limitados recursos del Sistema Nacional de Salud. Corresponsabilidad también de las distintas administraciones en lo relativo a su política social, para que se coordine adecuadamente con la sanidad pública.

La definición de las prestaciones del sistema y la corresponsabilidad son, por tanto, objetivos esenciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Otro objetivo es la necesidad de controlar el crecimiento del gasto sanitario.

La garantía de una sanidad universal y gratuita nos obliga a definir un marco de financiación estable y suficiente del Sistema Nacional de Salud para el futuro. En los últimos años el presupuesto sanitario, como SS. SS. conocen, ha crecido por encima de la inflación y del crecimiento medio de los Presupuestos Generales del Estado y, aun así, el gasto ha crecido aún más, superando los presupuestos iniciales. Esta tendencia no se puede mantener y seguramente no se debe mantener. Hemos llegado a un punto en que el gasto sanitario debe empezar a ajustarse a los recursos disponibles. El problema es cómo distribuir los recursos cuando éstos son limitados -y siempre lo son- mientras la demanda sanitaria crece sin un horizonte limitado. En otras palabras, cómo hacemos política sanitaria o cómo establecemos las prioridades.

Durante los últimos años se han adoptado ya algunas iniciativas tendentes a garantizar los objetivos funda-

mentales del Sistema Nacional de Salud, mejorando la eficiencia y preservando la solidaridad. Son medidas organizativas, presupuestarias, de gestión, que se contenían en el Programa de Convergencia aprobado por las Cortes Generales en abril de 1992. En ese mismo año se adoptaron decisiones para sanear la deuda y otras para modernizar la gestión, como son el contrato-programa entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Insalud y entre éste y cada uno de los hospitales y centros de atención primaria.

No podemos seguir con el crecimiento de gasto en sanidad de años anteriores y tampoco con la generación de deuda y, por tanto, estamos obligados a garantizar rigor en el gasto. Estoy convencida de que el sistema ha alcanzado el grado de madurez suficiente para que los recursos se puedan ajustar de forma apropiada a las necesidades y demandas. Para ello vamos a seguir trabajando en la línea de la corresponsabilidad. Un ejemplo significativo lo ha dado ya la industria farmacéutica al tener la iniciativa, respondiendo a una petición del Ministerio, de rebajar el 3 por ciento del precio de venta al público de sus productos. Esta medida no tiene precedentes ni en nuestro país ni en otros de nuestro entorno, y no sólo en el sector farmacéutico sino en otros sectores de la industria. Por tanto, tengo motivos para pensar que el comienzo sí es alentador, y que seguramente tenemos que cambiar algunos usos muy imbuídos en nuestros sectores económicos.

Los profesionales y la Administración no pueden perder de vista que la finalidad principal del sistema no es otra que proteger la salud individual y colectiva de los ciudadanos. El grado de satisfacción de los ciudadanos es la principal fuente de legitimación o deslegitimación de la sanidad pública. Más allá de tal o cual queja o reclamación individual, conviene ser conscientes de la permanente necesidad de compensar la tendencia que hoy se produce a la despersonalización, a la burocratización de las relaciones entre sanitarios y pacientes, porque muchos avances tecnológicos y las necesidades de gestión de unidades complejas hoy favorecen esa tendencia. Y esa tendencia es percibida, de manera muy sensible y muy negativa, por el ciudadano. Por tanto, debemos ser exigentes y cuidar de dar más y mejor información a los ciudadanos sobre sus instituciones, sus servicios, las prestaciones y los profesionales asignados a los que tienen derecho. Nos exige aumentar la capacidad de elección del ciudadano. Ya pueden elegir médico general y pediatra. Debemos seguir trabajando para que se puedan elegir los especialistas. Pero ninguna medida relativa a la administración de la asistencia sanitaria, ni estructural ni de gestión, estará legitimada ni justificada si no se acompaña de un máximo esfuerzo para evitar la enfermedad. Asumir que evitar la enfermedad es la primera y más lógica obligación de la autoridad sanitaria no implica desconocer cuál es el ámbito competencial en el que nos movemos. En desarrollo de los estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido las competencias en materia de salud pública con carácter pleno, pero la verdad es que no es posible establecer fronteras a

los riesgos en salud. Por tanto, el Ministerio tiene responsabilidades inexcusables que ejercer.

Voy a centrar mis esfuerzos en conseguir extremar la colaboración de todas las administraciones en la prevención de riesgos y en la promoción de hábitos saludables de vida. Además, el Estado tiene que hacer frente a compromisos internacionales, especialmente en el ámbito comunitario, lo que señala otra coordenada que delimita el campo de acción en materia de salud para el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas. En el ámbito de promoción de la salud debemos intensificar hoy acciones educativas sobre el abuso del tabaco y del alcohol. Son dos de los factores de riesgo evitables que mayor significación negativa tienen hoy entre la población española. En su difusión e implantación colabora especialmente la publicidad, paulatinamente más y más negativa. Estamos procediendo a una rigurosa vigilancia del cumplimiento de la legalidad vigente y vamos a modificar ésta a fin de evitar la difusión indiscriminada, pertinaz y agresiva de mensajes que fomentan el desarrollo de determinados hábitos entre la juventud. Hay datos que en este sentido llaman a la preocupación. Por ejemplo, que los adolescentes se emborrachan por primera vez a los 13 años, que el 21 por ciento de los jóvenes bebe habitualmente y que el 40 por ciento de los accidentes de tráfico son debidos al alcohol. La educación para la salud forma parte esencial de la política sanitaria. Estamos, en colaboración con el Ministerio de Educación, desarrollando un convenio y desarrollando acciones en educación. La educación, incluida en los programas de formación en la escuela, es un elemento importante en la formación integral de los individuos y representa la estrategia más rentable en su desarrollo porque aprovecha su etapa de formación.

Hay otro problema que constituye hoy, como todo el mundo sabe, un serio problema de salud y es el sida, una epidemia que además de provocar tanto sufrimiento está poniendo a prueba la capacidad de reacción de los sistemas sanitarios modernos. Vamos a seguir garantizando a todos los afectados la atención sanitaria que precisan y seguirán teniendo acceso a los medicamentos más eficaces, pero además debe hacerse un continuado esfuerzo para evitar el contagio y la extensión de la epidemia para impedir la consolidación social de actitudes discriminatorias, lo que es compatible con una especial atención a los drogodependientes y a la población reclusa. Nos proponemos conseguir que el contagio de la enfermedad se detenga, difundiendo entre la población la información pertinente, evitando actitudes discriminatorias hacia los afectados, garantizando su atención sanitaria y, además, normalizándola en lo posible mediante la encomienda paulatina a los médicos generales.

Para terminar la primera parte de mi intervención —la segunda la dedicaré a enumerar las medidas concretas—, me voy a referir a la otra gran área de competencia del Ministerio, que es el consumo. Algún día invertiremos el orden, porque el consumo, tratado tras el gran tema de la sanidad, puede ocultar su verdadera trascendencia. Con la Unión Europea, hoy la política de consumo amplía sus

horizontes y actúa en escenarios más amplios de los que constituían el de un determinado país. La política de protección al consumidor en nuestro país y desde su origen ha tenido fundamento jurídico constitucional y ha ido dirigida a la creación de unos cimientos que garantizasen su solidez futura. Por eso, tras la promulgación de la Ley de Defensa de los Consumidores, se hizo necesario acompañar la necesidad de protección del consumidor a la realidad política y administrativa configurada por el nuevo reparto competencial, así como buscar mecanismos de coordinación. Se han fomentado las organizaciones de consumidores, dotándolas cada vez más de sistemas de representación y participación en todos los órganos colegiados cuya actuación incide directa o indirectamente en el consumidor.

En otras palabras, el diseño de la política de consumo en estos años se ha centrado, en una primera etapa de su desarrollo, en tres áreas prioritarias, que son base imprescindible para un desarrollo posterior. Estas han sido: la elaboración de un marco normativo, la puesta a punto de estructuras administrativas especializadas y el fomento del asociacionismo de los consumidores. Hoy esta etapa podemos darla por concluida porque, además, el contexto en el que nos desenvolvemos presenta rasgos distintos. Los niveles económicos, sociales y culturales alcanzados por amplios sectores de nuestra sociedad hacen que, en la aproximación hoy del ciudadano al mercado, la preocupación por la disponibilidad o la inocuidad de los bienes y servicios haya perdido importancia frente a una valoración cada vez mayor de la calidad. Se ha intensificado la tendencia a que los individuos intervengan activamente en la defensa y promoción de sus intereses. Por tanto, en este nuevo contexto de la ciudadanía europea que atribuye derechos políticos fundamentales a todos los ciudadanos de los Estados miembro, la política de protección al consumidor adquiere una dimensión superior que trasciende al mercado. Se produce un salto cualitativo que supone que la protección y promoción de los consumidores pase de ser un principio informador a un objetivo en sí mismo, en pie de igualdad con los restantes objetivos de los tratados comunitarios. Por tanto, vamos a impulsar una política de consumo que refleje las nuevas características y las nuevas preocupaciones del consumidor de la sociedad de hoy.

Tras esta exposición general, voy a enumerar las medidas concretas que me propongo abordar en los distintos ámbitos. Empezaré por la salud pública, continuaré con las relativas a la asistencia sanitaria y, por último, me referiré a las de consumo.

En políticas de salud, para mejorar la coordinación con las comunidades autónomas, vamos a potenciar la Comisión de Salud Pública que se creó en el año 1992 como un instrumento esencial para facilitar la información recíproca, la cohesión técnica y la acción conjunta de las distintas administraciones públicas sanitarias.

En segundo lugar, la principal herramienta de trabajo de la salud pública sigue siendo la epidemiología. Las nuevas epidemias y los avances tecnológicos aconsejan la adaptación del sistema de vigilancia epidemiológica a las

circunstancias actuales. Para ello me propongo la promulgación de un decreto que regule el sistema de vigilancia epidemiológica, a la vez que procederemos a la modernización del Centro Nacional de Epidemiología para que preste un servicio eficaz a las comunidades autónomas.

El sida requiere particular atención. De manera inmediata se va a proceder al desarrollo del Plan del sida, con especial atención a los focos más importantes de infección y de desarrollo de la enfermedad. Se va a establecer un plan de acción conjunto con el Plan Nacional de Drogas y con Instituciones Penitenciarias, con cuyos responsables ya se ha iniciado la coordinación necesaria en el seno del Consejo Interterritorial.

Un asunto para el que no tenemos soluciones apropiadas hoy es el de los residuos sanitarios. La envergadura creciente que está adquiriendo este asunto en los grandes centros sanitarios y los problemas que puede generar exigen cubrir un vacío legal relativo a la gestión interna, transporte, eliminación y distribución de responsabilidades en este campo. Se trata de evitar situaciones dispares en cada comunidad autónoma, impedir la indefinición en las responsabilidades y clarificar la situación dentro de los establecimientos sanitarios. Para ello estamos trabajando en la regulación, mediante real decreto, de los sistemas de almacenamiento, retirada, transporte y eliminación de residuos sanitarios.

La sanidad exterior es una competencia exclusiva del Estado. Por Real Decreto de 1987 se ordenó y se atribuyó su competencia al Ministerio de Sanidad y Consumo. Pero desde entonces se han producido modificaciones muy importantes, tanto por las transferencias en materia de salud pública como por el desarrollo normativo de la Comunidad Europea. Por ello se hace necesario una nueva regulación en materia de sanidad exterior que también estamos preparando a través de la elaboración de un decreto.

Ya he puesto de manifiesto la importancia que, a mi juicio, requiere hoy la educación sanitaria en la escuela. El convenio general que tenemos con el Ministerio de Educación, del año 1993, contempla un área concreta referida a la educación para la salud. Se han desarrollado ya actuaciones concretas en relación con el alcohol y con el tabaco en el medio escolar y nos proponemos continuar en este curso escolar e iniciar otras en relación a hábitos saludables y a hábitos de nutrición.

El papel decisivo que hoy juega la información en el ámbito de protección de la salud, no sólo respecto de los medios de comunicación como informadores de situaciones de riesgo y alarma, sino también como orientadores de la demanda y promoción de hábitos de vida y consumos de servicio, nos impulsa a considerar que la información sanitaria en los medios de comunicación debería ajustarse a normas éticas y profesionales específicas que tengan siempre presente como objetivo prioritario la salud del ciudadano. Para ello me propongo impulsar un acuerdo con las empresas editoras, las radios y las televisiones sobre el tratamiento de la información sanitaria.

Dentro del campo de promoción de la salud, el proyecto impulsado por la Organización Mundial de la Salud de las ciudades saludables seguirá siendo apoyado, impulsado y colaborando con la Federación Española de Municipios y Provincias.

Como ya he dicho, me propongo desarrollar las normas de la Ley General de Publicidad relativas a la prohibición de la publicidad de tabacos y de bebidas alcohólicas.

La formación de profesionales sigue siendo una tarea estratégica permanente del sistema. Disponemos hoy de un sólido y prestigiado sistema de formación de especialistas médicos y escuelas de enfermería, pero hemos de cuidar la formación de técnicos de salud pública y personal directivo y gestor de los servicios sanitarios. Para ello me propongo, de acuerdo con el Ministerio de Educación, promover la acreditación de los programas de formación y de las escuelas y centros de salud pública y administración sanitaria.

El proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que ya he tenido que comentar, constituye una importantísima iniciativa en la que estamos trabajando, y esperamos que dé satisfacción al proceso de especialización de actividades y funciones que ha supuesto la aparición de nuevas profesiones en un tiempo relativamente corto.

Y terminando con las medidas relativas al ámbito de salud, el fomento y la ayuda a la investigación nos han hecho elaborar un proyecto, en colaboración con el Instituto «Carlos III», para impulsar más eficazmente que sea el apoyo científico y técnico a las necesidades actuales y futuras del sistema. Por último, en el año 1994 aprobaremos el plan integrado de salud, una vez que las comunidades autónomas ya han elaborado sus respectivos planes. Hasta aquí, las medidas en materia de salud.

En materia de asistencia sanitaria vamos a favorecer la relación personal y la libertad de elección de médico, mediante -como he dicho- la ampliación de la libre elección a los especialistas. El primero que estamos estudiando es el de ginecólogo. Además vamos a incidir en los aspectos de la información a los pacientes y sus familiares, alentando los programas que ya se vienen desarrollando en este sentido por el Insalud, como son la asignación de médico responsable a cada paciente hospitalizado y de equipo de enfermería y facilitar las relaciones padres-hijos en los hospitales infantiles.

En la misma línea de aumentar la información y la responsabilidad de los usuarios vamos a potenciar el consentimiento informado para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico que conlleve riesgos o molestias relevantes para el paciente. Vamos a extender el plan de reducción de listas de espera a toda la red del Insalud, el plan de listas de espera que se ha llevado a cabo en Madrid. Las medidas de reducción del plan de listas de espera conllevan la incentivación del rendimiento de quirófanos en jornada normal, la implantación de unidades de cirugía mayor ambulatoria para los procesos más frecuentes en las listas de mayor espera y la potenciación de la cirugía ambulatoria y de corta estancia en los hospitales. Con este plan pretendemos incrementar la activi-

dad quirúrgica en 15.000 intervenciones hasta finales de junio de 1994.

La elaboración del catálogo de prestaciones, que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud, como he dicho, ha sido ya consensuado en el Consejo Interterritorial y se ha aprobado la creación de una comisión especial que elaborará una propuesta en el plazo de dos meses a partir de esta fecha. También vamos a poner en marcha la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, para la que ya tenemos sede, como apoyo científico y técnico.

En cumplimiento del artículo 82 de la Ley de Sanidad, vamos a promover el establecimiento de un sistema de compensación financiera entre las comunidades autónomas para los servicios sanitarios de referencia prestados recíprocamente. Es fundamental, además, dotar de capacidad de gestión a los hospitales; es preciso que los hospitales y los centros de salud cuenten con un modelo de gestión más abierto y responsable, que facilite la iniciativa profesional para dar respuestas eficaces a las necesidades de atención de los usuarios y para lograr la máxima integración de cada hospital y cada centro de salud en el medio territorial en el que se desenvuelve. Para ello, se han dado pasos importantes a través de los contratos-programa, que van a seguir generalizándose.

Para el desarrollo efectivo de esta autonomía de gestión de centros sanitarios y de contratos-programa, es necesaria la implantación efectiva de sistemas de contabilidad analítica y desarrollo del sistema de información y de indicadores que permitan la evaluación comparativa de la calidad de la asistencia y el control de costes en todo el sistema y que facilite la ejecución de auditorías médicas y económicas. Asimismo nos proponemos que el Consejo Interterritorial estudie el desarrollo para todo el sistema de un mecanismo de acreditación de hospitales para garantizar la calidad de la estructura y las instalaciones hospitalarias en todo el territorio. Todo esto es impensable sin la colaboración de los profesionales del sistema y por ello constituye una prioridad esencial de mi política la relación y el diálogo con los interlocutores profesionales y sociales.

Finalmente, estamos desarrollando el acuerdo suscrito en su día con el Consejo General del Poder Judicial para analizar la vertiente jurídica de los problemas sanitarios en el sistema, y fruto de este desarrollo va a ser la inminente celebración de un seminario realizado con el Consejo General del Poder Judicial que va a tener lugar antes de que finalice el presente año.

En consumo, vamos a asegurar una participación efectiva en la elaboración de disposiciones de ámbito comunitario, que hoy revisten extraordinaria importancia para los consumidores, como son la multipropiedad, la responsabilidad del prestador de servicios, el etiquetado de productos alimenticios y las ventas a distancia, que están actualmente elaborándose y en las que participamos muy activamente.

Seguiremos la trasposición de directivas comunitarias, tanto directamente como en nuestra colaboración con otros ministerios; entre otras, ahora estamos trabajando en la de cláusulas abusivas y seguridad de los productos.

Vamos a promover la utilización de códigos éticos, suscritos voluntariamente por sectores productivos o por empresas individuales. Vamos a seguir impulsando el sistema arbitral de consumo y vamos a constituir la junta arbitral de consumo, de ámbito nacional, con carácter inminente.

Para no extenderme más, éstos son, a grandes rasgos, los principios, la visión del sistema sanitario hoy y las medidas que me propongo poner en marcha inmediatamente.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Ministra.

Señorías, si les parece, y siguiendo una vez más la tradición en esta Comisión, a pesar de que es nueva pero no tanto, tomarían la palabra los grupos por orden de mayor a menor, finalizando el portavoz del Grupo Socialista. ¿Están ustedes de acuerdo? (**Asentimiento.**) ¿DeSean intervenir todos los grupos? (**Pausa.**)

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Fernández-Miranda.

El señor **FERNANDEZ-MIRANDA Y LOZANA**: Señora Presidenta, señorías, señora Ministra, la presentación que S. S. ha realizado de las líneas maestras que van a regir su actuación en el Ministerio de Sanidad y en la presente legislatura ha sido, por el Grupo Parlamentario Popular al menos, auténticamente decepcionante. No nos ha sorprendido, bien es cierto, no esperábamos nada más ni del Gobierno, ni de la Ministra, ni del Partido Socialista que apoya a ambos, pero nos ha decepcionado por ser la reiteración de un catálogo de promesas socialistas formulado de siempre, además acompañado, adobado con algo que sí puede resultar preocupante: una carencia absoluta de autocritica y formulado desde la auto-complacencia.

La señora Ministra nos ha leído más una intervención de campaña electoral del partido con el que colabora, que una intervención parlamentaria. Un papel escrito, sin duda, por los órganos de propaganda de su Ministerio, del Partido Socialista, por tanto, lleno de promesas ya oídas reiteradamente desde 1983 y sistemáticamente incumplidas.

Señora Ministra, ha aceptado S. S. un papel en el Gobierno y en la política nacional y usted sabrá por qué lo ha hecho, pero creo que le han hecho un flaco favor ascendiéndola desde la Subsecretaría del Ministerio.

Ya que la Ministra ha hecho una extensa excursión filosófica al principio de su intervención, voy a hacerla histórica y, en un esfuerzo de memoria, poniendo de manifiesto que resulta sorprendente el camino que ha recorrido la política sanitaria del socialismo desde 1982 hasta esta comparecencia.

Como recordarán SS. SS. llegó a la sanidad española el socialismo con el señor Lluch, el primer Ministro del señor González, cuya primera intervención, en una comparecencia similar a la que hoy estamos desarrollando, la realizó montado entusiásticamente en el programa electoral del Partido Socialista de aquel entonces. El socialismo español, pletórico de intenciones aprendidas diligen-

temente en manuales revolucionarios de sanidad histórica y vanguardista, llegaba dispuesto a poner fin a todos los males del sistema y de la salud pública española. Siete años duró el señor Lluch, que constituyó un auténtico récord por lo que después hemos visto en cuanto a la duración de los Ministros.

Le sustituyó el señor García Vargas, que fue ya el heredero inicial de la desilusión de los grandes teóricos de la sanidad socialista, que no encontraron en España, a pesar de haber leído aquellos manuales, ni enfermedades tropicales, ni enfermedades más propias de países caribeños que de España y que descubrieron, además, rápidamente que con un botiquín al hombro de un sanitario, que es como a ellos les gustaba denominar a los profesionales de la sanidad, no era suficiente como modelo de sanidad pública para España.

El señor García Vargas enarboló el eslogan de «salud para todos en el año 2000», como línea argumental básica de su primera intervención en esta Cámara, considerando tan encomiable objetivo como algo irrenunciable para el socialismo español. Pasará a la historia, además, el señor García Vargas por haber asumido la realización del informe Abril, que duerme hoy día el sueño de los justos en algún cajón del Ministerio, y nos gustaría saber qué piensa hacer la nueva Ministra con dicho documento.

Fue sustituido a los quince meses por el señor García Valverde, al que recordarán SS. SS. por el escándalo Renfe, que fue cesado por eso y que pasó por el Ministerio de Sanidad durante nueve meses sin hacer absolutamente nada.

Fue sustituido por el señor Griñán, el cuarto Ministro del señor González, que llegó desde la experiencia de haber sido Consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía y presentando quizás como rasgo que mejor puede definirle en la eficacia de su gestión el haber sido responsable de los 800.000 millones de deuda que en este momento renegocia el señor Chaves con la Administración central para ver si acepta o no, si colabora o no en la cesión del 15 por ciento del IRPF a las comunidades autónomas. Es decir, de la pasión programática al eslogan voluntarista del escándalo Renfe, a los 800.000 millones de deuda del Servicio Andaluz de Salud, el socialismo lleva once años dando bandazos en política sanitaria.

Ahora llega su señoría, nos tememos, con el encargo de salvar los pocos muebles que han quedado después de la riada. Llegamos hoy, señora Ministra, a su comparecencia, llegamos hoy, señora Ministra, a la realidad que han hecho posible los once años de modelo socialista de sanidad y de los once años de gestión socialista de dicho modelo. Llegamos a los recortes de las prestaciones sanitarias, efectivos unos, como el MEDICAMENTAZO o el recorte de prestaciones farmacéuticas, anunciados otros en prestaciones asistenciales.

Usted, señora Ministra, pasará a la historia al menos como el artífice del inicio del dismantelamiento de la sanidad pública española, como la responsable de hacer

pagar a los ciudadanos de su bolsillo los errores del socialismo español en sanidad en los últimos once años.

La sanidad pública española en 1993, siendo Presidente don Felipe González y Ministra de Sanidad doña Angeles Amador, deja de ser universal, gratuita, equitativa y solidaria. En las elecciones del 6 de junio, que ustedes ganaron, como nos recuerdan con reiteración muchos miembros del Gobierno, y el señor Griñán antecesor suyo hace bien pocos días, no les dijeron a los españoles que iban a hacer esto. Es más, el voto del miedo fue inducido por don Felipe González afirmando que lo haría el Partido Popular si llegaba a gobernar.

En este momento los españoles, si quieren acceder a todas las medicinas de uso legal en España, tendrán que pagarse de su bolsillo parte de ellas. Eso sí es privatizar la sanidad. Los españoles tendrán que pagar de su bolsillo algunos actos médicos si quieren preservar íntegramente su salud, esa salud que ustedes reivindicaban entusiastamente para todos en el año 2000, que como concepto global, tal como se contempla, además, en la Ley General de Sanidad, en su artículo 98, y sobre todo en el artículo 43 de la Constitución Española, será posible de verdad para todos los que puedan pagarla privadamente. Eso sí es privatizar la sanidad.

Esta, lamentablemente, es la realidad de la sanidad pública española al día de hoy, pero es una realidad que no es casual, que no se produce accidentalmente, es consecuencia de un determinado modelo de sanidad, el socialista, y de una determinada gestión del mismo, también socialista. Se han empeñado durante todos estos años, se siguen empeñando tras oír a la señora Ministra, en mantener el monopolio asistencial del Estado, en aprobar presupuestos ficticios año tras año, en admitir desviaciones presupuestarias en el gasto que no reconocen después en su totalidad, en permitir la existencia de obligaciones no reconocidas con sus proveedores, en no exigir la legalidad y la transparencia en el manejo de los fondos públicos para adquirir suministros sanitarios o contratar obras. Se han empeñado ustedes en considerar a los profesionales como los enemigos públicos número uno del sistema, incompatibilizando a los médicos, primero, y obligándoles después a hacer peonadas, impidiendo la existencia de especialidades en enfermería, permitiendo la desigualdad retributiva, siendo incapaces de articular, a pesar de los múltiples anuncios, las carreras profesionales, tanto para médicos como para diplomados en enfermería, en permitir y potenciar la politización de la dirección y de la gerencia hospitalarias y de la sanidad en general, actuando así en claro detrimento de la profesionalidad y, por tanto, de la eficacia. Se han empeñado en no desarrollar un plan gerontológico con las infraestructuras propias que ahora empiezan a echar de menos.

Eso sí, han conseguido en tan delicado asunto como es el sida colocarnos a la cabeza de los países europeos, en cuanto al número de nuevos enfermos, y el segundo, en cuanto a casos acumulados. Y siguen produciéndose en 1993 casos de contagio por transfusiones -seis en el primer semestre- y casos de contagio por administración de

hemoderivados -doce en el primer semestre-, teniendo aún pendiente el cumplimiento de una promesa electoral del Partido Socialista, que fue indemnizar a los enfermos hemofílicos contagiados.

Señora Ministra, puede usted plantearme -faltaría más- tantos discursos como el actual como S. S. quiera. Pero ya me explicará por qué voy a crearla cuando hemos oído las mismas promesas a sus antecesores en el cargo y S. S. se ve en la obligación de volver a formularlas en el día de hoy.

No nos inspiran ninguna credibilidad, señora Ministra, ni por lo que dicen ni por lo que hacen, porque ya me explicará S. S., por ejemplo, por qué su Grupo Parlamentario -por cierto, con su ausencia del hemiciclo- se ha negado a crear una ponencia para estudiar las deudas del Sistema Nacional de Salud. Algún día sabremos qué ocultan ustedes para impedir lo que podíamos denominar la auditoría de la sanidad pública.

Señorías, el Sistema Nacional de Salud -y siento desilusionarla-, que no discutimos, corre serio peligro y no podemos permitirnos el lujo de que salte por los aires como consecuencia de un mal modelo y de una peor gestión. Tenemos que ser capaces de devolverle la viabilidad de la que carece en estos momentos, pero para ello es imprescindible una serie de medidas que habría que encarar de forma inmediata.

Hay que realizar una auditoría del Sistema Nacional de Salud, señorías, imprescindible para saber dónde estamos y qué cambios son necesarios, y ahora más que nunca precisamente, porque nadie nos explica por qué la creación de la ponencia que propusimos ha sido negada.

Es imprescindible la confección de unos presupuestos generales del Estado para sanidad realistas, sin ficciones presupuestarias, sin permitir sistemáticas desviaciones que luego precisan de créditos extraordinarios y que dan lugar a morosidad, a impagos, a obligaciones no reconocidas, a una especie de gran agujero negro que es la financiación del Sistema Nacional de Salud que todo lo devora. Unos presupuestos generales del Estado, además, solidarios con las desigualdades interterritoriales.

Tiene que conseguir, señoría, una gestión transparente y descentralizada de los fondos públicos, que hasta ahora no es una realidad. Tiene que liberalizar y desregular la asistencia sanitaria, rompiendo el monopolio asistencial del Estado, siguiendo, en definitiva, las recomendaciones en este sentido del último informe del Banco Mundial con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud.

En definitiva, se debe permitir a todos los españoles lo que ya se permite a los funcionarios del Estado sin pagar ni una peseta más, manteniendo la unidad de aseguramiento de la Seguridad social, permitiendo la elección del prestador de la asistencia sanitaria entre los que ya financian la Seguridad Social, el Insalud o los servicios autonómicos de salud, y las compañías de seguro libre, las de reembolso de gasto o las entidades colaboradoras de empresa.

Señora Ministra, hay que entusiasmar -no sólo dialogar- e involucrar a los profesionales en el modelo sanita-

rio para que lo hagan rentable y para que encuentren rentabilidad personal en ese logro. Hay que profesionalizar para despolitizar la dirección y la gerencia de los hospitales y de las áreas de salud. Tienen que implantar la tarjeta individual sanitaria de forma universal, informatizar auténticamente todo el Sistema Nacional de Salud, BAREMAR todos los actos asistenciales, no sólo para conocer su costo en el Sistema Nacional de Salud -que ello sería poca cosa, que no sería una norma de higiene financiera lo suficientemente importante-, sino para poder también negociar la desregulación asistencial.

Señorías, señora Ministra, si este cambio de modelo no se produce, si algunos de sus anuncios vuelven a quedar otra vez en las palabras, el Sistema Nacional de Salud, que es de todos, saltará por los aires. Si estos cambios no se producen continuaremos recorriendo un camino nada deseable y obligados por ustedes, el camino de los recorres de la sanidad pública a costa de los ciudadanos, que, sin duda, se van a seguir produciendo si ustedes siguen empeñados en hacer las cosas tal cual las llevan haciendo desde hace once años y tal cual sustancialmente nos ha anunciado la señora Ministra.

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

La señora **MAESTRO MARTIN**: Señorías, señora Ministra, en primer lugar quiero agradecer su comparecencia en nombre del Grupo de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya y darle la bienvenida a esta Comisión.

A continuación, quiero decir, desde la responsabilidad que a todos y todas y cada uno de los Diputados y Diputadas que estamos aquí nos corresponde, que no es fácil intervenir en respuesta al contenido de su exposición, teniendo en cuenta que su relación con la realidad en estos momentos del país es difícil de encontrar.

Señora Ministra, en estos momentos nos encontramos en una situación de crisis económica muy grave; situación de crisis económica que está llevando a un desempleo -el más importante de los países de la Comunidad Económica Europea- y que, además, no es un dato económico aislado, sino que incide directamente en el incremento de las necesidades de salud de la población y en el incremento de las desigualdades en materia de salud. Esto supone, en lo que a su Departamento le afecta, un incremento del gasto sanitario para atender a necesidades crecientes que se centran en unos sectores muy concretos de la población.

Lo que usted no ha dicho en su comparecencia -sí en otros medios- es que el presupuesto del Ministerio de Sanidad para 1994 se congela y que se recortan prestaciones sanitarias. A mi juicio, el contenido de su discurso se sitúa fuera de la realidad y, de hecho, a mí me parece que la disposición de ánimo, desde la cual la señora Ministra enfrenta sus responsabilidades, no se corresponde -siento insistir pero es una realidad, la diga quien la diga- con las promesas electorales del Partido Socialista y, a mi

juicio, con lo que es más importante, con las necesidades de salud de la población.

Su comparecencia se ha iniciado, como siempre las de los ministros socialistas, buscando la legitimación de su actuación y de su discurso en los indicadores de salud de la población. Siento insistir porque lo he dicho en otras ocasiones, pero, señora Ministra, los indicadores de salud de la población que usted ha manejado no son aceptados como creíbles por la Organización Mundial de la Salud, al citar que nuestro país tiene como sexta causa de muerte (como usted sabe, o debe saber, las causas de muerte es un elemento central para la elaboración de todos los indicadores sanitarios) las que se producen por procesos no bien definidos. Y sitúa a nuestro sistema de información fuera de los considerados como creíbles por la Organización Mundial de la Salud.

La tasa de mortalidad infantil, que las cifras oficiales dan, está absolutamente sesgada por un subregistro de muertes de niños en las primeras 24 horas, que son los que más inciden en la mortalidad infantil y que, además, no se corresponden con otro dato. Estamos a la cabeza de los países europeos y a la mitad de los países del mundo (es decir, por detrás de países con mucho menor nivel de desarrollo que el nuestro) en niños con bajo peso al nacer, primera causa de mortalidad infantil. Es decir, hay datos que no se corresponden. Pediría a usted y a las autoridades del Ministerio de Sanidad que no intenten legitimar su discurso con indicadores de salud que no son reales.

Además, hay otro aspecto. Los indicadores de salud globales no sirven porque las desigualdades sociales en materia de salud existen en todos los países del mundo, no sólo en los países subdesarrollados.

Pediría a las personas que han elaborado su discurso que consulten los manuales de salud pública, porque ni siquiera en países que cuentan con sistema de salud mucho más desarrollados que el nuestro, como son los del norte de Europa, han podido eliminar las desigualdades en materia de salud. Ni siquiera en esos países. Así que la autocomplacencia -ignorante, con perdón- de decir que las desigualdades en materia de salud no existen, parece un insulto a lo que está sucediendo en la realidad, salvo que el Ministerio de Sanidad se niega a elaborar indicadores que reflejen diferencias en materia de salud por factores socioeconómicos.

En la pasada Legislatura yo presenté una proposición de ley, que fue aprobada en esta Cámara -de las poquitas, por eso me acuerdo bien-, exigiendo al Ministerio de Sanidad que los indicadores de salud, de mortalidad y de morbilidad se reflejen por diferencias en el nivel de renta, en el nivel de educación, etcétera, y que yo sepa no ha sido tomada ninguna medida en su Ministerio para cumplir el mandato de esta Cámara, y en concreto de esta Comisión. Esa sería la única manera, por un lado, de reflejar la realidad y, por otro, de que los indicadores de salud sirvieran para lo que tienen que servir: para ser instrumentos fundamentales en la planificación.

La intervención sobre las necesidades de salud de la población es el instrumento más elemental de la planificación sanitaria. claro, como no hay plan integrado de

salud; como usted anuncia, como sus predecesores, que para el próximo año, si Dios quiere, evidentemente no hay por qué elaborar indicadores que sirvan para esa planificación.

Hay otro elemento que yo no tengo por menos que señalar aquí. Señora Ministra, señorías del Partido Socialista Obrero Español, ustedes aprobaron una Ley General de Sanidad que tenía enormes posibilidades, a mi juicio y en opinión de mi Grupo, de ser un instrumento legal eficaz para intervenir positivamente en la reforma del sistema sanitario. Es verdad que tenía elementos muy grandes de ambigüedad, que han sido los que están permitiendo que se esté desarrollando el sistema sanitario contradiciendo frontalmente principios enunciados en la Ley General de Sanidad. Todo el mundo sabe que el mayor indicador de que la Ley General de Sanidad les sirve a ustedes como algo más o menos decorativo es que su desarrollo no se ha producido en la inmensa mayoría de sus aspectos. El más importante, el plan integrado de salud. Insisto en que la Ley General de Sanidad daba un plazo de seis meses, en el año 1986, para que se elaborara. Usted dice ahora que para 1994. Sus predecesores dijeron lo mismo. Ojalá en este caso -desde luego le concedo el beneficio de la duda- haya ese plan integrado de salud, que deberá servir para adecuar el desarrollo del sistema sanitario a las necesidades reales de la población, medidas a través de indicadores fiables.

Otro de los elementos, señora Ministra. A mí me parece una falta de respeto a esta Comisión, en la que hay personas que entendemos un poco de sanidad, decir que el sistema sanitario funciona muy bien porque hace muchas consultas, porque hace muchas intervenciones quirúrgicas o porque ingresa mucha gente. Por un lado, le diré que ese dato, si no lo refiere usted a consultas por habitante o a consultas por profesional, no sirve absolutamente de nada. Me da igual que me diga veinte o cuarenta millones; no sirve para nada. Por otro, si usted lo relacionara de esa manera, podríamos ver, como existe la comparación, que en nuestro país existen menos consultas por habitante, menos ingresos por habitante que en otros países, no porque la tasa de mortalidad sea muy baja, ni la esperanza de vida muy alta, sino porque los recursos sanitarios públicos en nuestro país son muy inferiores a los de otros países europeos. Todas esas cifras son menos de las necesarias, porque los recursos son inferiores a los necesarios.

También quería decirle que me alegro de la declaración de intenciones en defensa del sistema sanitario público. Usted sabe que yo las comparto. Me temo que sean poco más que declaraciones de intenciones, porque eso, desgraciadamente, se mide en pesetas, señora Ministra.

Cuando se congela el gasto sanitario, cuando nos alejamos progresivamente de la media de gasto sanitario público de países de la OCDE, cuando estamos a la cola de países de la OCDE en camas hospitalarias, la defensa del sistema sanitario público en sus palabras -hermosas a mi juicio- no deja de ser una mera declaración de buenas intenciones si usted no aumenta la inversión en infraestructuras sanitarias públicas, porque la realidad, pese a

sus deseos, es que está potenciando el sistema privado. Está potenciando que quien tenga acceso real a las prestaciones sanitarias sea quien esté en condiciones de pagarlo. Obras son amores, señora Ministra, y o usted incrementa, extiende la reforma de la atención primaria a toda la población, principal elemento de la reforma que ustedes aprobaron -en eso con el apoyo nuestro- o no habremos hecho nada.

Yo quiero preguntarle aquí muy concretamente, porque quiero que conste en el «Diario de Sesiones», para qué año piensa la señora Ministra completar la reforma de la atención primaria para toda la población. Le adelanto que el señor García Vargas, en el año 1990, dijo que eso iba a suceder en el año 1992. Como es evidente, eso no se ha producido. Yo le pido compromisos concretos de lo que es el eje central de la reforma del sistema sanitario público a ese nivel. Le adelanto que si bien la Ley de Sanidad permite la libre elección de médico en atención primaria en el ámbito territorial del área sanitaria, me parece una cortina de humo inaceptable cuando esa reforma de la atención primaria no se ha producido todavía, y coloca la libre elección de médico como una especie de pantalla general que está escondiendo la realidad. Usted lo sabe igual o mejor que yo.

¿De dónde viene la clientela de la atención privada en medicina general? ¿Quiénes son los clientes de los médicos privados? Los mismos que tiene en la consulta del seguro, que van a la casa particular del médico. Es decir, no es la libre elección del médico, no es la persona individual la que garantiza la calidad de la atención, sino las condiciones concretas en las que se produce su ejercicio profesional. Y cuando se están manteniendo datos como tres minutos de media por paciente en medicina general, el tomar medidas como la libre elección de médico a mí me parece que aunque la ley lo permita tiene mucho de demagogia en ausencia de otras medidas complementarias.

Algo parecido, señoría, pasa con la responsabilidad en educación para la salud. Las campañas publicitarias en educación para la salud, en primer lugar, se neutralizan con las campañas publicitarias de las empresas y, en segundo lugar, no tienen eficacia real si no son individualizadas. La población está bombardeada de mensajes publicitarios. Los mensajes publicitarios sanitarios no sirven; sirve la educación sanitaria concreta dirigida a las condiciones concretas de la persona en el ámbito del funcionamiento de los servicios sanitarios y, desde luego, educativos. En ese sentido me parece muy adecuado el acuerdo con el Ministerio de Educación, y me alegro que se potencie, pero lo que corresponde a los servicios sanitarios, en el ámbito de su trabajo del ejercicio profesional, es explicar a una madre aspectos de alimentación o cómo se puede trabajar con adolescentes.

Yo quiero insistir, porque me parece que es elemental, en la pregunta acerca de cómo, sin haber evaluado globalmente el sistema sanitario, sin haber establecido objetivos del sistema sanitario a través de la planificación, se pueden recortar prestaciones sanitarias. Señora Ministra, ese es un atentado gravísimo, en situación de crisis eco-

nómica -quiero insistir-, contra los sectores de la población más desfavorecidos.

Usted ha hablado de que se pueden recortar las prestaciones en prótesis; usted ha hablado de que se puede eliminar de la prestación sanitaria la interrupción voluntaria del embarazo o la reproducción asistida. Y yo diría, ¿la señora Ministra no se ha parado a pensar en la cantidad de prestaciones sanitarias que hoy están excluidas de la asistencia sanitaria pública y que son necesarias: las prótesis auditivas, las visuales, la salud laboral, la salud bucodental, primer problema de salud según la última encuesta que publicó el Ministerio de Sanidad, o la planificación familiar? ¿Para cuándo se piensa desarrollar la Ley General de Sanidad en su Título IV que habla de salud laboral? ¿Para cuándo el Gobierno piensa trasladar a la Cámara el proyecto de ley de salud laboral al que está obligado por una directiva europea desde el año 1989, cuando nuestro país es el primero en muertes por accidentes de trabajo y el último en enfermedades profesionales porque da la casualidad de que no se registran? ¿No se ha parado a pensar la señora Ministra qué hace una familia con recursos limitados para acceder a esas prestaciones que no están recogidas hoy por la Seguridad Social, antes de plantearse el recorte de otras? Yo apelo a la sensibilidad por la sanidad pública de la señora Ministra y a la supuesta sensibilidad socialista para decir que en momentos de crisis económica, en momentos de dificultades, el aumento de las inversiones en salud es un elemento indispensable de justicia social.

La señora Ministra no ha hablado de eso -como sus predecesores-, no ha hablado del incremento de la participación de la sanidad privada en las prestaciones sanitarias generales. Yo me congratularía de eso, entendiéndolo que el mercado en la salud es un instrumento de desigualdades y de precariedad de lo público, si no fuera, como decía antes, que el recorte presupuestario en inversiones, en infraestructuras sanitarias públicas, supone -lo diga la señora Ministra o no lo diga- un incremento de la participación de la atención privada en las prestaciones sanitarias.

Para finalizar mi intervención, señora Ministra, quería hacerle varias preguntas. La primera de ellas -que no vale dinero y conste que yo creo que el dinero en la sanidad es muy importante y más en estos momentos- se refiere a cuándo piensa la señora Ministra potenciar estructuras de participación efectiva de los profesionales de la salud y de la población en el control, evaluación y planificación del sistema sanitario.

Yo afirmo, señora Ministra, que la alternativa entre la burocratización del sistema y el mercado es la participación de la población y de los profesionales. Pero yo querría saber cuál es su opinión, porque sus predecesores hablaron de este aspecto, sobre esa participación, que usted llama corresponsabilidad y yo no tengo nada en contra de la palabra, porque si se entiende participación de los profesionales como incentivación económica directa en el ahorro sin control de calidad y sin control social del ejercicio profesional, evidentemente puede llevar a actuaciones perversas por parte de los profesionales

-los hay honestísimos, pero como en cualquier profesión hay de todo- que antepongan sus objetivos económicos a los objetivos de prestaciones sanitarias necesarias.

¿Para cuándo la transferencia a todas las comunidades autónomas? La Ley General de Sanidad -si se la relee- en su exposición de motivos decía algo lúcido y casi profético, vista la realidad. Se proponía una reforma del sistema sanitario, pero hablaba de los plazos, y más o menos señalaba el temor de que el nuevo sistema que pretendía imponer la Ley General de Sanidad fuera uno más que se superpusiera a la dispersión de redes sanitarias existentes. Hoy esa exposición de motivos de la Ley General de Sanidad es una realidad por cuanto el sistema sanitario público está disperso, descoordinado, y los limitados recursos son imposibles de gestionar de una manera razonable por cuanto tienen dependencias administrativas diversas y descoordinadas.

Quiero insistir en algo muy concreto: los hospitales militares. Ha habido denuncias sindicales estos días de una ocupación de las instalaciones militares del 30 por ciento. ¿Es de recibo que cuando hay una penuria de recursos, a la que ustedes hacen referencia constantemente, estén hospitales vacíos, como el Gómez Ulla, con cuatro plantas cerradas, y la población está agolpándose a las puertas del Doce de Octubre o del Hospital Clínico?

Le repito, ¿para cuándo la cobertura del cien por cien en la atención primaria? ¿Para cuándo el incremento de camas de agudos, que no nos lleve a desviaciones presupuestarias en el presupuesto consolidado de 1992, que es el último que yo conozco, del 20 por ciento por conciertos? Ahí está la realidad de lo que yo le digo. La insuficiencia de infraestructuras públicas supone incremento de los conciertos, con una desviación del 20 por ciento en el presupuesto consolidado de 1992.

El plan de listas de espera, ¿cómo lo va a hacer usted, señora Ministra? ¿Con conciertos con la sanidad privada o se va a aumentar la inversión en hospitales públicos? ¿Para cuándo las camas de mediana y larga estancia que permitan una atención adecuada a los enfermos crónicos, sin dilapidar excesivamente la ocupación de camas, muy caras, como sabe usted, de corta estancia?

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, señora Maestro, vaya terminando.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Termino, señora Presidenta.

Enumero rápidamente. ¿Para cuándo la libre colegiación de los profesionales de la sanidad vinculados al sistema público? La carrera profesional no sé si estará incluida dentro del proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias, pero usted sabe tan bien como yo que es una demanda urgente, repetidamente anunciada por responsables de su Ministerio, que hasta la fecha no ha tenido concreción alguna.

¿Para cuándo medidas razonables y racionales en farmacia que no supongan recortes de las prestaciones sociales sin criterio? ¿Para cuándo la potenciación de genéricos? ¿Para cuándo la gratuidad de los medicamentos

esenciales? ¿Para cuándo la potenciación de la formación de los médicos en materia de medicamentos? ¿Para cuándo la eliminación de la publicidad en medios de comunicación de masas en materia de medicamentos?

En fin, señora Ministra, tiene usted por delante largo tiempo, espero, de permanencia en su Ministerio, pero deseo fervientemente que las medidas anunciadas no sean los ejes de la política sanitaria que usted vaya a llevar a cabo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señora Maestro.

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

El señor **CARDONA I VILA**: En primer lugar, quería agradecer, en nombre de nuestro Grupo, esta primera comparecencia de la señora Ministra en esta Comisión, nueva sólo en parte, para la exposición de las líneas políticas, de los objetivos, así como de las consiguientes medidas que se propone llevar a cabo al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se me ocurren una serie de reflexiones al amparo, precisamente, del ofrecimiento de diálogo que ha hecho la señora Ministra en el seno de esta Comisión. Entendemos que de ahí han de salir algunos puntos de contacto, algunos puntos de consenso, algunos puntos de encuentro.

La mejora de la sanidad pública implica, sistemáticamente, un aumento de la demanda, de manera que los avances técnicos que inciden en una mayor y mejor calidad de vida, así como en el aumento de la expectativa de vida de la población, la misma universalización del sistema, el hecho de una cronificación de enfermedades antes incurables o la aparición de otras, comportan un incremento considerable de las necesidades presupuestarias que se destinan al Sistema Nacional de Salud. De manera que podríamos decir que, a medida que mejora la salud pública, se incrementan, y en mayor proporción, las propias necesidades del sistema. Se puede llegar al extremo de decir que gastar mejor no quiere decir gastar menos. Por tanto, siendo imprescindible gastar mejor, habrá que ir aumentando, quizá en menor medida y proporción de lo deseable pero dentro de lo posible, las aportaciones presupuestarias; más aún en momentos como los actuales, de crisis y de recesión, con mayor motivo habrá que hacer los esfuerzos necesarios e imprescindibles para mejorar la gestión -lo ha dicho en la expresión MÁXIMO RIGOR EN LA GESTIÓN-, para que este desequilibrio se note menos. Desde este aspecto entendemos que, por encima de debates superados de sanidad pública o sanidad privada, hay que ir a un sistema de gestión de lo que entendemos como compra de prestación de servicios, es decir, en beneficio de una mayor flexibilidad gestora y de una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

En este sentido, hay que hacer hincapié en la relación enfermo-médico, que yo preferiría llamar de usuario-profesional. Hay que tener en cuenta el factor que el profesional representa en este sistema, sobre todo en lo

referente a los costes, en definitiva, a los gastos por la medicación, por las prescripciones, por las prestaciones farmacéuticas que el propio profesional tiene que efectuar. Entendemos que es una buena medida la libre elección de médico en la asistencia primaria y el pediatra, así como la medida que ha expuesto de ir generalizándolo. En nuestra opinión, el objetivo sería lograr que el usuario sepa, en todo momento, que va a consultar a su médico y que, a su vez, el profesional tiene ante sí a uno de sus enfermos. En este sentido, creemos que es imprescindible incardinar al profesional sanitario en los objetivos del sistema, y no digo necesariamente dentro de su funcionamiento, sino en los criterios, en los objetivos y en las consecuencias sociales que todo sistema nacional comporta. En definitiva, conseguir una asistencia lo más humanizada posible, porque la medicina, el médico en concreto, en el mayor número de ocasiones cura, otras veces sólo alivia, pero siempre y en cualquier caso ha de consolar.

Otra cuestión imprescindible es la educación sanitaria de la población. Es verdad que los temas sanitarios ocupan a la población en general, pero, indudablemente, es cuando acude a consultar un problema, bien sea personal o familiar, cuando realmente se preocupa por su tema en concreto y por la sanidad en general. Este Diputado entiende que estamos en el mejor momento para hacer una adecuada educación sanitaria, con el tiempo necesario y, sobre todo, contando con algo que es primordial, y es la ascendencia del médico sobre uno de sus enfermos.

No quisiera entrar en una teórica inútil, disquisición o dicotomía entre medicina o sanidad supertecnificada o medicina o sanidad humanizada, pero sólo con una correcta relación profesional-usuario y con una suficiente educación sanitaria de la población, se podrán reducir muchos de los costes que pueden ser superfluos, máxime cuando a veces algunos tratamientos son, si no nocivos, no inocuos del todo.

Y pasando de la poesía a la prosa, si me lo permite, señora Presidenta, un tema que nos preocupa es la cuestión de la financiación sanitaria. Lo hemos dicho en tantas cuantas ocasiones hemos tenido oportunidad de explicitarlo. En ese sentido, entendemos que hay cuatro aspectos fundamentales en el tema de la financiación sanitaria que no se pueden soslayar.

En primer lugar, es preciso aflorar el déficit acumulado en el ejercicio de 1992 y el que se producirá en 1993, independientemente de la solución de la deuda histórica que en su momento se palió con las medidas correspondientes.

En segundo lugar, hay que conseguir un sistema de automatismo en el pago de las desviaciones generadas por el Insalud. En este sentido, entendemos que el sistema actual es discriminatorio para las comunidades autónomas con la sanidad transferida, en relación al territorio del Insalud centralizado. Representa un 43 y un 57 por ciento, respectivamente, y pensamos que afecta a buena parte de ese Insalud.

En tercer lugar, creemos que es conveniente hacer un presupuesto real en base al gasto liquidado en el ejercicio

anterior, dejando de hacer unos presupuestos tal vez en clave política, esperando que se gaste un poco menos o incitando a que se gaste lo menos posible -por otra parte, natural-, sin reconocer, en este supuesto, las necesidades propias e inherentes del sistema.

En cuarto lugar, entendemos, en definitiva, que hay que trabajar en la dirección de un nuevo sistema de financiación sanitaria, caracterizado por la suficiencia y la equidad, y que garantice el necesario equilibrio entre todas las comunidades autónomas.

Terminando ya, señora Presidenta, señora Ministra, señoras y señores Diputados, nos leeremos con la atención que se merece la exposición que ha hecho la señora Ministra, y, como es habitual en nuestro Grupo, más que entrar en un debate a bote pronto sobre las medidas que ha expuesto, prepararemos las consideraciones oportunas para poder aportar, en su momento, lo mejor y lo que nosotros entendamos más positivo para el país.

Nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo de Coalición Canaria, tiene la palabra el señor Martín Menís.

El señor **MARTÍN MENIS**: Señora Presidenta, quiero ser concreto, como creo que acostumbro a serlo en mis intervenciones, y me gustaría agradecer, indudablemente, la presencia de la señora Ministra y también la colaboración que ha ofrecido.

La exposición de la señora Ministra es optimista. Yo creo que todos somos conscientes en el país de que en sanidad hemos progresado; me parece que decir lo contrario no sería justo. Pero igualmente hay que decir que existen muchos problemas; eso me parece que está clarísimo, que está en la calle y en la conciencia de todos los ciudadanos. El sistema tiene que evolucionar, aunque no me corresponde, en absoluto, estar en el diseño de ese sistema; lo que sí me corresponde, en mi labor, es intentar, desde el punto de vista personal y del Grupo al que represento, establecer una crítica positiva a la exposición de la señora Ministra.

Creo que los sistemas evolucionan y son los que progresan, no creo en los cambios traumáticos. Me parece que la exposición de la señora Ministra va relatando una serie de acciones y propuestas positivas, pero algunas de ellas las he oído hace muchos años y «después de» no se hacen realidad. Me voy a centrar en alguno de esos puntos, porque creo que no viene a cuento que yo dé el punto de vista personal de Coalición Canaria en este momento.

Ha señalado la señora Ministra que las listas de espera son igual para todos. Yo creo que las listas de espera no son iguales para todos, y no lo son porque son largas y porque cuando hay colas el sistema se vuelve perverso, el sistema busca las fórmulas para resolverlo. Todos sabemos que en España la presión en urgencias es excesiva en comparación con cualquier otra «ratio», pero en la calle todo el mundo sabe también que para ingresar, cuando estás desesperado y llevas meses esperando, el mejor modo es intentarlo por urgencias, y eso hace difícil la planifi-

cación sanitaria, eso crea muchos problemas; y la realidad es que tenemos una medida en nuestros hospitales —en unos más y en otros menos— de un 50 por ciento de personas que entran por la vía de urgencia.

No parece razonable que el 50 por ciento tenga que utilizar esa vía de urgencia para ingresar en un hospital, y eso sucede porque las listas de espera, insisto, son largas. Si las listas de espera fueran más razonables, no tendríamos problemas. Esas listas de espera son grandes en todos los lugares del mundo, pero son necesarias medidas de impacto que las reduzcan, y no sólo en la Comunidad de Madrid, sino a lo largo de toda la geografía española, incluidos los archipiélagos.

Hay casos sangrantes —yo tengo datos de algunos— de listas de espera en las que no se ponen medios para disminuirlas. Hay casos, como puede ser el de unas cataratas, donde una persona mayor se desespera porque ve que su vida se acorta y no logra la operación, pero existen otros casos, de patología oncológica, donde el problema es que la intervención, en su momento, es fundamental para la oportunidad que tiene el paciente de salvar su vida. Y en muchos otros eso no puede ser así por unas listas de espera largas. Establecer programas para evitar esas listas de espera es algo fundamental en aquellos casos en los que el tiempo es factor elemental en el éxito de una intervención determinada.

Hay otro punto en el que me ha agradado la intervención de la señora Ministra, que se refería a un catálogo de prestaciones a las que tienen derecho los ciudadanos. Yo creo que es necesario clarificar los datos de la sanidad española, tanto los económicos como los sanitarios; hay que facilitar datos no sólo de información global, sino también particularizados, datos que le permitan saber a cada paciente cuál es la media de la lista de espera en el problema que le aqueja en un momento determinado, porque eso es lo que permitirá denunciar el sistema. Esos datos tienen que estar en manos de todos; debemos tener la posibilidad de que cualquier ciudadano disponga de esos «ratio» que necesita para saber en qué lugar se encuentra. Insisto en que el usuario debe conocer esos datos, pero también los que trabajan en el sistema sanitario deben tener conocimiento de los mismos. Yo no sé de ningún sistema que progrese cuando no es totalmente transparente. Necesitamos estadísticas, como decía la Ministra, pero, repito, también necesitamos «ratio» comparativos económicos y sanitarios que nos permitan a todos conocer cómo está funcionando el sistema.

Indudablemente, el conocimiento de esos datos permite la crítica, y en muchos casos no interesa darlos porque se abre la puerta a la posibilidad de ejercer una crítica feroz o a una crítica más pausada. Sin embargo, yo los considero necesarios y fundamentales para poder evolucionar, y evolucionar rápidamente.

A mí me parece que históricamente no se han aprovechado todos los recursos del sistema, y cuando hablo de los recursos me estoy refiriendo a los recursos del sistema público directo del Gobierno central, de las autonomías que lo tienen transferido, de las corporaciones locales, de las entidades sin ánimo de lucro y de los privados. A lo

largo de la historia hemos podido ver cómo, en muchos casos, incluso en los recursos públicos del propio Gobierno, la lucha por el poder en áreas determinadas ha incentivado el progresivo deterioro de otras unidades que están dándole asistencia al sistema; en algunos casos unidades tan buenas, mejores o iguales, pero, en cualquier caso, recursos en ocasiones públicos y, en otras, recursos con que cuenta la sociedad y que no se pueden desperdiciar. A mí me parece que buscar sistemas para aprovechar esos recursos al máximo es un elemento fundamental para obtener éxito cuando necesitamos más medios humanos o de instalaciones, e indudablemente la sanidad puede absorber tantos recursos como se le quiera dar. Si tenemos unas aportaciones financieras limitadas, el aprovechamiento al máximo de las mismas me parece un elemento fundamental que hay que cuidar como propio, ya que muchas veces no se hace así.

En cuanto al sistema de financiación, tanto cuando la provisión del recursos no es del propio Estado e incluso en los hospitales del propio Estado, ha sido en muchos casos perverso, si bien están introduciéndose mejoras, aunque no con la velocidad necesaria. El sistema ha sido perverso, repito; sabemos que ha dado lugar a que las estancias sean largas; sabemos que también ha dado lugar a que muchas veces fuese la hostelería lo que se estaba cobrando; en definitiva, ha dado lugar a fórmulas que no incentivan la buena administración. El sistema de financiación hay que intentar corregirlo, introduciendo mejoras en los programas que tienen establecidos.

Anteriormente hablaba el representante del Grupo Catalán y decía que las desviaciones que se producen en el sistema sanitario en la parte transferida no se resuelven a la misma velocidad que las que se producen en la parte que no está transferida. Esas desviaciones que se producen en todo el sistema sanitario de forma similar no entiendo por qué no pueden resolverse con la misma rapidez; son desviaciones que se pueden producir en el sistema sanitario público, en el de las comunidades autónomas y en el del Gobierno central, y en el de las administraciones locales, pero que siguen siendo recursos del Estado. Si el Estado somos todos, si el Estado está compuesto por todo el aparato del Gobierno central, de las comunidades autónomas y de las administraciones locales, las desviaciones habría que corregirlas para incentivar su participación y no para desincentivarla.

Se ha referido también a un tema relativo al consumo, como es el de la multipropiedad, y ha aludido a una ley de la multipropiedad. Yo creo que lo que resulta necesario es que esa ley se publique, porque hace años que se viene hablando de ella y es necesario que salga, ya que, en muchas áreas del Estado español, la falta de legislación está afectando de forma muy negativa.

Me gustaría concretar —para acabar— y resumir mi intervención en tres preguntas.

En primer lugar, ¿se está dispuesto, indudablemente, a transparentar el sistema, tanto como sea necesario, para que nos permita a todos, usuarios y agentes activos del propio sistema, trabajadores, conocer cómo funciona todo el sistema sanitario español, cómo funcionan sus hos-

pitales, cómo funciona toda la atención primaria y secundaria?

En segundo lugar, si la extensión de esos programas que la Ministra propuso para evitar las listas de espera es inmediata y de forma homogénea en todo el Estado, colaborando de forma urgente en aquellos casos en que la competencia esté transferida con las comunidades autónomas y, en otros casos, con toda la red de hospitales de la autonomía o región de que se hable en cada momento.

En tercer lugar, buscar fórmulas que incentiven la mejor eficacia sanitaria de todos los hospitales que tiene este país, porque todos, al final, son los que están prestando la sanidad a los usuarios y a todos los españoles.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Mendizábal.

La señora **MENDIZABAL GOROSTIAGA**: Señora Presidenta, señora Ministra, tomo la palabra en nombre del Grupo Parlamentario Socialista para darle la bienvenida, como ha hecho el resto de los portavoces de los diferentes Grupos, y para dársela en un doble sentido. En primer lugar, porque es su primera comparecencia en esta Comisión -yo creo que éstas no son sólo palabras de cortésia; las han repetido otros portavoces-, estrenamos una Comisión que coincide específicamente con la denominación de su Ministerio de Sanidad y Consumo. Y pienso que esto no es sólo cortésia, sino que esta coincidencia, como creo que lo ha apuntado también la señora Ministra en el inicio de su intervención, va a suponer una colaboración más estricta, y el producto de los debates, las reflexiones, los intercambios de opinión en esta Comisión servirán para lo que tienen que servir: para incrementar el bienestar ciudadano, que es lo que pienso que perseguimos todos los que en estos momentos estamos en esta sala.

También quiero expresar nuestra satisfacción, y la satisfacción del Grupo Socialista, por la total identificación de este Grupo tanto con las líneas de política general que ha expresado la señora Ministra en esta comparecencia como con las medidas, tanto en el campo de la sanidad como en el del consumo, que ha explicitado al final de su exposición. Y no es decir nada nuevo, porque no podía ser de otra manera.

Estamos convencidos de que la sanidad es un objetivo prioritario del Gobierno, como ha señalado la señora Ministra, ya que es uno de los pilares básicos del estado de bienestar, y, por tanto, el cuestionamiento permanente de la sanidad pública por parte de algunos grupos, las descalificaciones continuas que, utilizando, muchas veces, la eficacia como bandera, realmente lo que persiguen es el desprestigio de ese sistema público en beneficio, por supuesto, de un modelo sanitario totalmente distinto, cuya cacareada eficacia -me permito decir- se mide, normalmente, en términos de desigualdad.

El cuestionamiento de este sistema sanitario público no nos va a debilitar a los socialistas en la defensa de la sanidad pública, porque -como también ha señalado la señora Ministra y lo ha recordado algún otro Grupo- la

igualdad en la salud sí es un objetivo fundamental del proyecto socialista, y así venía señalado en nuestro propio programa.

Dicho lo anterior, voy a centrarme ya en algunos temas que han sido expuestos en la comparecencia; quisiera centrarme en dichos temas dejando de lado las clases de historia o las clases de estadística que hemos estado escuchando esta tarde.

Creo, señora Ministra, que ha sido usted muy clara, diría yo que casi pedagógica, explicando lo que significa la elaboración de un catálogo de prestaciones, e inicio por aquí mi intervención por ser uno de los temas más polémicos estos días. Efectivamente, con un catálogo de prestaciones se trata de definir, para que no haya ninguna duda, cuál es el conjunto de prestaciones que hacen efectivo, como la señora Ministra bien ha dicho, el derecho a la protección de la salud.

En el Grupo Socialista somos conscientes de la dificultad que esto puede entrañar y de lo laborioso que resulta poner en marcha un proyecto de este tipo, pero estamos convencidos de que hay que hacerlo porque es un ejercicio de racionalización, pero también es un ejercicio de transparencia que puede contribuir, que debe contribuir a la mejora y a la consolidación del sistema.

También estamos seguros de que quienes pretenden y defienden la mejora y la consolidación del sistema público con nosotros comprenderán y aplaudirán esta medida, una vez que haya pasado este primer impulso, que, debido quizás a una transmisión de la información incompleta, en algunos casos o en otros por una utilización más demagógica o interesada, hayan preferido utilizar esa terminología de reducción de prestaciones, terminología que desde nuestro punto de vista no resulta nada adecuada ni responde a la realidad; únicamente contribuye a sembrar malestar, inestabilidad, duda en un momento en el que lo que debemos tener es serenidad y consenso para avanzar y que sean realmente estos dos núcleos, la serenidad y el consenso, la vía para nuestro quehacer político.

Por eso creo que debemos dejar muy claro cuál es la terminología que hay que desechar y la que hay que utilizar de manera más precisa. Por tanto, el catálogo de prestaciones trata de clarificar el ejercicio de un derecho, que es el de protección a la salud.

Quisiera destacar, además, que, como ya se ha explicado, el resultado final de este proyecto no es un producto de una actitud totalmente discrecional de nadie, sino que va a ser producto de una labor de amplio consenso y de una colaboración científica, técnica, de todos aquellos sectores que están implicados en el tema. Es precisamente en este tema de la colaboración donde quería incidir en otra parte de la comparecencia que ha hecho la señora Ministra.

Al Grupo Socialista le parece fundamental la corresponsabilidad, no sólo en el tema de la sanidad, sino en cualquier otro tema, porque creemos que es un elemento básico en la vida política; en este caso es un instrumento básico para garantizar el futuro del sistema nacional de salud.

Por tanto, desde aquí, señora Ministra, le ofrecemos

toda la colaboración que considere necesaria de todas y todos y cada uno y cada una de los miembros de este Grupo, en aras a hacer posible esa corresponsabilización, tanto desde el punto de vista de los distintos sectores implicados, tanto usuarios como profesionales, como al otro tipo de corresponsabilización que también se ha señalado, que se refiere a otro tipo de políticas que muchas veces lo que hacen es descargar sus insuficiencias en la política sanitaria.

También queremos mostrar nuestra satisfacción por la rápida aprobación del Real Decreto-ley de libre elección de médico general y pediatra, medida que responde al programa electoral socialista, y teníamos una pregunta que ha sido contestada ya en la comparecencia de para cuándo la libre elección de ginecólogo.

Asimismo, dentro de este apartado de compromisos electorales y dentro de ese talante también de corresponsabilidad que ha expresado la señora Ministra en su comparecencia, creemos que está el proyecto de la ley de ordenación de los profesionales sanitarios. Consideramos que este proyecto de ley es prioritario para la creación de ese clima sosegado y estable en las profesiones sanitarias para llevar adelante el sistema público.

Dentro del ámbito de la promoción de la salud, y también en cumplimiento del programa electoral socialista, nos parece fundamental la tarea educativa que ya ha señalado y creemos que es una tarea en la que hay que comprometerse seriamente. Promover hábitos saludables de vida y, más concretamente, el destierro, como ya se ha señalado, del abuso del alcohol y del tabaco, es una tarea fundamental, porque son hábitos que, efectivamente, están arrigados de manera preocupante en la juventud y es algo que hay que cuidar y proteger.

Un tema que nos preocupa, que también ha señalado la señora Ministra en su comparecencia, de manera especial es el del SIDA. Aprovechamos para anunciar que, precisamente por la especificidad del tema y porque creemos que tiene la suficiente envergadura, hemos solicitado ya una comparecencia del Secretario General de la Salud para que, dentro del marco de las políticas para la salud, aborde de manera específica el plan del SIDA.

No quisiera terminar mi intervención sin felicitar, una vez más, a la señora Ministra por el acuerdo suscrito con Farmaindustria por el que se reduce el 3 por ciento el precio de la venta al público de los productos farmacéuticos; quisiéramos felicitarla no sólo por el efecto económico que puede tener esta medida (que, efectivamente, puede resultar, como resultará, importante, sobre todo en una situación económica como la actual, en una coyuntura económica de crisis, y quisiera que nos hiciera una pequeña valoración de cuál puede ser la cuantía), sino, y sobre todo, que nos parece importante, porque es un ejemplo más de cómo es posible esa corresponsabilización y, desde nuestro punto de vista, además, es un ejemplo de su capacidad y de su talante.

Por tanto, la felicitamos nuevamente y esperamos que tenga muchos éxitos en su nuevo mandato, tanto por su propio prestigio personal como por el proyecto socialista.

La señora **PRESIDENTA**: Para responder a las distintas intervenciones de las señoras y señores portavoces de los distintos Grupos tiene la palabra la señora Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Gracias, en primer lugar, a los portavoces que han tenido la cortesía de darme la bienvenida a esta Cámara; a los que no la han tenido no les tengo que dar las gracias.

Voy a comenzar contestando al Grupo del PP y al señor Fernández-Miranda. Señor Fernández-Miranda, es difícil que hablemos entendiéndonos de la sanidad en el planteamiento que yo he venido a hacer, porque yo he venido a hacer un planteamiento serio en un discurso que despectivamente dicen ustedes que me han escrito; en todo caso, han escrito lo que yo he dicho que se escriba, porque eso es lo que yo creo de sanidad. He venido a analizar qué es lo que me encuentro al acceder a mi responsabilidad como Ministra, cuál es la valoración que hago de lo que me encuentro, que es extraordinaria, y es lógico después de once años de Gobierno socialista que lo que se haya conseguido en sanidad sea absolutamente grandioso. Lo digo porque lo pienso, y si ustedes llevaran gobernando once años y hubieran conseguido implantar su modelo seguramente se permitirían algún tono triunfalista más que el que yo he venido a invocar, porque me parece que he sido prudente en mi planteamiento.

Por tanto, que yo haya venido a comparecer por primera vez ante esta Comisión, a decir lo que pienso de cómo se ha hecho en sanidad, cómo está ahora la sanidad, cuáles son las causas de los problemas que tiene la sanidad, el crecimiento del gasto que tanto les preocupa, etcétera, lo he podido hacer con mayor o peor fortuna, pero, desde luego, he hablado de la sanidad, he hablado del pasado, del presente y de las medidas que pensamos abordar. Por cierto, lo he hecho en una intervención leída porque he venido a exponer a la Comisión el programa de sanidad y me parecía que merecía un discurso estructurado y no dejar nada a la improvisación. Lo que me sorprende es que su contestación a lo que no había oído sí estaba escrita y también la ha leído usted. Eso es más sorprendente. (El señor Fernández-Miranda y Lozana: ¡Son tan conocidos!)

La señora **PRESIDENTA**: Les ruego que no interrumpen.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Celebro que lo conozcan, porque, además, que yo repita aquí cosas que ya se han venido diciendo demuestra la coherencia de un proyecto, porque es el mismo Gobierno.

Se queja usted de que le recordamos quién ha ganado las elecciones, pero es que parece que les hace falta porque se les olvida a veces. Por tanto, venir aquí a invocar qué se ha hecho en Sanidad, qué problemas tiene hoy la sanidad, desde mi punto de vista, y cómo pretendo abordarlos, me parece un planteamiento razonable. Usted, en cambio, me contesta con la brevedad de los mandatos de

los Ministros de Sanidad –que, por cierto, no es malo que sean breves, lo malo es, en mi opinión, sentarse en la silla y no moverse– y con la historia de la sanidad.

Me hubiera gustado hablar más de sanidad, porque lo que me dice verdaderamente es asombroso. Le aseguro, señor Fernández-Miranda, que yo no voy a pasar a la historia estoy segura de que por ninguna causa, pero, desde luego, por desmantelar la sanidad pública, no; por privatizar la sanidad pública, no. Se lo aseguro.

Por tanto, ese juego de palabras, esas imputaciones verdaderamente tan valientes, tan carentes, a mi juicio, de fundamento, me sorprenden en el portavoz del Grupo Popular en esta Comisión. Me sorprenden porque usted sabe que no hay el más mínimo fundamento para eso, no hay el más mínimo fundamento para imputar al Gobierno en este momento que va a privatizar la sanidad. Yo creo, de verdad, que es muy legítimo el modelo sanitario que ustedes preconizan, a pesar de que no es fácil identificarlo porque cada vez dan ustedes un paso más desdibujando sus características esenciales, porque hoy ha hablado de aseguramiento único de la Seguridad Social. Es muy legítimo que ustedes tengan otro modelo; lo que no es legítimo es que pretendan que los demás en el fondo estemos desarrollando el suyo, porque de verdad que no. Si lo hacemos será por un mal entendimiento, porque no tienen nada que ver.

La capacidad que ustedes preconizan S. S. sabe que no la tiene el ciudadano. Ustedes preconizan la capacidad de elección del prestador de los recursos. Quien elige son las compañías de seguros, que son las que exigen períodos de carencia, que son las que rechazan a las personas enfermas, que son las que cuantifican las primas de manera diferente. La capacidad de elección del ciudadano en un sistema de provisión privada de verdad que no existe. La capacidad de elección la tienen las compañías, que son las que aceptan contratar o no.

No va a pagar parte de su bolsillo el ciudadano en sanidad con este Gobierno. Va a pagar lo que corresponde pagar: los impuestos, las cotizaciones a la Seguridad Social, el 40 por ciento que se paga en los medicamentos. Pero no sé a qué se refiere cuando dice que va a pagar la sanidad. Pagamos todos la sanidad. Es un servicio que se puede dar gracias a la solidaridad y a los impuestos de todos y a las cotizaciones. Usted sabe cómo se financia la sanidad, pero no le entiendo cuando me dice que lo va a pagar de su bolsillo.

Desde luego, sabe que no acepto su interpretación del Decreto de financiación selectiva de los medicamentos. Además, no le oculto que cada vez que oigo esas afirmaciones me producen verdadero asombro. Usted sabe que no se han excluido medicamentos esenciales para la salud. Usted sabe que el Decreto de financiación selectiva no ha reducido la prestación farmacéutica y usted sabe que el Decreto de financiación selectiva lo que hace es garantizar la pervivencia de la prestación farmacéutica. Además, lo malo que tiene utilizar la sanidad como arma arrojadiza es que en algunos sitios gobierna su partido y tiene la responsabilidad en sanidad. De verdad que los resultados no son muy diferentes y las dificultades que

compartimos con la comunidad autónoma donde gobierna el Partido Popular son parecidas, en algunos casos acrecentadas en cuanto a los resultados económicos en la comunidad.

Que diga usted que el Gobierno socialista ha aumentado el número de casos de sida en España verdaderamente es una afirmación asombrosa, así como que impute usted al Gobierno también los contagios por transfusiones que cita usted y que constituyen un suceso dramático cuando se producen. Parece que usted celebre la estadística de cuándo se produce en un hospital un accidente de esa naturaleza. Me asombra que se esgrima en la Comisión de Sanidad del Congreso, porque, claro, eso se produce en una atención sanitaria, en un hospital en cuya puerta no pone qué adscripción ideológica tiene. Es muy desdichado que ocurra y, por tanto, lamento que se utilice como arma arrojadiza frente a mí y que me diga hoy que se han producido no sé cuántos contagios. (El señor Fernández-Miranda y Lozana: ¿No los conoce?)

La señora **PRESIDENTA**: Señor Fernández-Miranda, por favor, a lo largo de su intervención, así como en las intervenciones del resto de los portavoces, la señora Ministra seguramente habrá tenido que escuchar muchas cosas con las que, evidentemente, no está de acuerdo y no les ha interrumpido en ningún momento. Les ruego que tengamos con ella la misma deferencia.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): No tengo conocimiento, señor Fernández-Miranda, de ese número de contagios por transfusiones que se han producido que usted ha citado. No conozco todos y cada uno de los percances que se producen en cada hospital al día. Se lo reconozco abiertamente, ya que me reconocen que me suponen también un desconocimiento notable en algunas de las intervenciones sobre los contenidos médicos, que, por otra parte, no tengo por qué saber porque yo no soy médico, como todo el mundo sabe. Los conozco cuando constituyen un problema que hay que resolver como el de los hemofílicos, que usted insiste en invocar como si fuera algo arrojadizo políticamente. El problema de los hemofílicos –ya se lo he dicho en alguna ocasión, señor Fernández-Miranda– no fue una promesa electoral, como usted se empeña en decir, fue una solución dada a un problema muy serio, creado en este país y en otros, y me parece que su vinculación nada tiene que ver con la gestión socialista de la sanidad pública ni con el Gobierno. Por tanto, a mí me duele que cite usted esa tragedia de muchas personas en los debates políticos porque, de verdad, no encuentro la conexión.

En cuanto al incumplimiento, está usted mal informado porque la comisión que está trabajando en las indemnizaciones para los hemofílicos tiene informados ya la mayor parte de los expedientes –no recuerdo ahora mismo las cifras, podría sacarlas–. Si son 1.500 los que se han presentado, ya están 1.000, por ejemplo; está el crédito confirmado en los presupuestos, está la tramitación muy avanzada, y si no, diríjase usted al colectivo y les pregunte, porque no hay razón ninguna para que usted se

permita afirmar que hay un incumplimiento de una promesa electoral para referirse al tema de los hemofílicos.

Verdaderamente no sé a qué se refiere con lo de las auditorías del Insalud, porque no es planteable una auditoría general de todo el Insalud. En el Insalud hay una parte gestionada directamente y otra transferida; de manera que parte de ese Insalud al que se refieren lo pueden auditar ustedes en alguna comunidad autónoma, porque son ustedes los responsables. En las de gestión directa, el Insalud está auditado por varias vías: lo audita la Seguridad Social, lo audita Hacienda. Quiere decir que eso que oigo en estos últimos días de la auditoría verdaderamente no sé a qué se refiere, pero estoy dispuesta a facilitarle toda la información porque se ha realizado un buen número de auditorías con intervención previa, con control posterior. El último informe que he visto de la auditoría se refiere a 27 grandes hospitales. En fin, no tenemos ningún problema con los sistemas de auditoría, con otros mecanismos para auditar. Por tanto, no le preocupen las auditorías.

En cuanto al tema de las prestaciones, es un tema lo suficientemente importante como para que lo haya dejado para el final y para ver si somos capaces de centrar un asunto que está llegando a la población de manera alarmante, y me parece que debemos evitarlo. Difícilmente me han podido oír hablar de recorte de prestaciones. Aprovecho para contestar ya a la portavoz de Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya, señora Maestro, a quien agradezco sus palabras iniciales de bienvenida, pero, como lo primero que ha planteado es el recorte de prestaciones, voy a contestarle. La señora Maestro ha planteado el recorte de prestaciones y la congelación de presupuestos, atribuyéndome semejantes afirmaciones. Es imposible que usted me haya oído hablar de congelación de presupuesto y de recorte de prestaciones, sencillamente porque no lo he dicho. Me he referido al presupuesto, creo que por primera vez ayer, para decir que el presupuesto de Sanidad crece —porque el presupuesto sanitario ha sido una prioridad en la discusión presupuestaria—, pero menos que en los últimos años y que; por tanto, estamos en una situación difícil, y crece la aportación del Estado en un 8,8 y el presupuesto en su conjunto del Insalud un 6. Por tanto, congelación de presupuestos no hay. Hay un crecimiento menor que el de los años anteriores, que comprendo que a usted le parezca poco. A mí me hubiera gustado que fuera mayor, pero no hay congelación presupuestaria, y le voy a dar algún dato más. Pero vamos al recorte de prestaciones porque es un asunto que, tal como se ha planteado, como decía, ha creado alarma y me parece que no debemos contribuir nadie, desde luego desde el conocimiento no —seguramente ha sido culpa nuestra el no explicarlo bien— y desde otros intereses menos, a llevar mensajes tan preocupantes a la población. No hay en absoluto ninguna intención ni ninguna decisión de recortar prestaciones.

Mi propuesta, que he tratado de explicar en mi comparación sin reticencias, no sé cómo puede entenderse como un recorte de prestaciones cuando yo de lo que estoy hablando es de dar un paso más en el Sistema

Nacional de Salud, que consiste en poner por escrito el conjunto de prestaciones que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud para que cada ciudadano conozca a qué tiene derecho en el sistema sanitario público, para que garanticemos que en todo el territorio se dan las mismas prestaciones y así no estamos a expensas de que haya un gran hospital en un sitio o en otro no se conozca, para que estemos seguros de que los programas prevención en el embarazo, que la señora Maestro conoce, de verdad sean utilizados en todo el territorio y que no haya una sola ciudadana española embarazada que no tenga conocimiento de que ese programa existe. Y de ahí se transmite el recorte de prestaciones y se esgrime la prótesis de cadera, que no se me ha pasado por la imaginación y que, además, constituye un disparate tan mayúsculo que me asombra que alguien pueda de verdad decir que, a partir de este momento, no se dan en la sanidad pública las prótesis de cadera; o se habla de otras prestaciones igualmente asombrosas, porque es que no hemos hablado de recortar ninguna prestación. Lo que pasa es que en sanidad parece que a veces se está esperando siempre la noticia de alarma o que llama la atención. Si esto es mucho más normal, si yo digo lo que pienso, con todas las interpretaciones que ustedes quieran hacer, con todas las carencias que puedan SS. SS. apreciar. No voy a salir a decir que voy a hacer un catálogo de prestaciones como vía para recortar no sé qué, porque si creyera que hay que recortar las prestaciones sanitarias, lo hubiera planteado de otra manera y de forma mucho más clara. Hubiera dicho que creo que hay que recortar las prestaciones sanitarias. Creo que no hay que recortar las prestaciones sanitarias y que hay que controlar el crecimiento del gasto, pero que hay que empezar por otros sitios; que si hay que controlar el crecimiento del gasto, la vía no es recortar las prestaciones sanitarias ni hacer pagar al usuario. Por tanto, ahí está. Llevo dos meses y pico y he empezado por donde creo que debo empezar una política de ahorro y de contención; que es en la política de farmacia, como es público y notorio, según se sabe.

Agradezco la valoración que ha hecho la portavoz del Grupo Socialista del acuerdo alcanzado con Farmaindustria; que, efectivamente, yo valoro extraordinariamente por lo que supone de corresponsabilidad de un sector tan importante en el control del crecimiento del gasto y que supone 24.000 millones de pesetas en total, de los cuales la sanidad pública ahorra en su factura 18.000 millones.

He empezado por ahí y vamos a seguir con otras medidas en política de farmacia que reduzcan la factura farmacéutica, porque ésta en España es hoy casi el 20 por ciento del total del gasto. Por ejemplo, es el doble de lo que se gasta en Estados Unidos, y consideramos en el Ministerio que hay que promover un uso racional del medicamento que limite el consumo que hoy se produce con automedicación indiscriminada en unas cantidades cuyo conocimiento en cifras pone de manifiesto que hay que abordar medidas para contener ese gasto.

Como también creo que hay que luchar contra el fraude en la utilización de la prestación farmacéutica. Tam-

bién lo creo. Y los datos me dicen que se está produciendo fraude en la utilización de las cartillas de pensionistas. Lo digo con toda claridad. Y cuando he dicho que voy a adoptar medidas de contención del gasto farmacéutico lo he dicho con toda claridad. Ahí está el acuerdo con Farmaindustria, como también he dicho que voy a adoptar medidas en relación con los farmacéuticos. Y lo digo, naturalmente, asumiendo todas las críticas que lícitamente me van a hacer. Lo que asumo mal es que se diga que he dicho cosas que no he dicho y que se cree en los pensionistas... **(La señora Maestro Martín: Lo dijo el Subsecretario con los datos que yo he leído.)**

La señora **PRESIDENTA**: Señora Maestro, por favor, no provoque un diálogo cruzado. Deje que termine la Ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): En todo caso, si ha habido defecto en la explicación por parte del Ministerio, soy la primera en lamentarlo porque soy la primera que he tenido que salir a dar explicaciones y, sobre todo, no lo lamento por mí, sino por las personas que se han visto alarmadas, inseguras, pensando que vamos a suprimir prestaciones cuando no hay el más mínimo fundamento para afirmar eso.

Lo que vamos a hacer es la lista de las prestaciones y lo que hizo el Subsecretario del Ministerio, al tratar de explicarlo, era dar los criterios en virtud de los cuales se decidía que esas prestaciones eran fundamentales para hacer efectivo el derecho. Habló de esos parámetros de eficacia clínica, de eficacia tal, etcétera. De ahí se ha deducido una conclusión errónea, ya que incluso se conoce la lista, que produce verdadero asombro.

Ya que se ha originado el debate, no tengo ninguna preocupación en decir que hay prestaciones clínicas asistenciales que se pueden estar haciendo en todo el mundo y que yo considero discutible que deban ser financiadas públicamente. Esta mañana he tenido que buscar un ejemplo, porque como no tenía pensado recortar ninguna prestación, no se me ocurría. Por ejemplo, yo no creo que la cirugía estética deba ser financiada públicamente, señor Fernández-Miranda, y, por tanto, en un catálogo de prestaciones, puesto que me han dicho... **(El señor Fernández-Miranda y Lozana: Yo no he dicho...)** Sí, es que me ha preguntado usted cuáles. Vamos a ver qué prestaciones médicas efectivamente no guardan esa relación con la mejora de la salud que no justifique su financiación pública. Seguramente habrá alguna alrededor de la cual habrá que reflexionar. Ninguna, desde luego, de las que han sido citadas. Por tanto me gustaría aclarar el asunto del catálogo de las prestaciones y agradecer el apoyo de la portavoz del Grupo Socialista.

Voy a seguir contestando a la señora Maestro. Como le decía, no hay congelación de presupuesto, aunque haya un crecimiento inferior. Los capítulos en que concentramos el menor crecimiento y, por tanto el ahorro que vamos a tener que producir respecto al ritmo de crecimiento que venimos manteniendo, que es muy alto, los vamos a concentrar en la política de farmacia y, por

tanto, vamos a intentar que no se resienta ni la atención sanitaria, ni la calidad en las prestaciones, ni otras partidas del gasto sanitario.

El otro gran capítulo donde se va a notar que el presupuesto sanitario no crece tanto este año es en inversiones. En 1994 las inversiones se reducen, pero a esto también tengo que decir que en 1995 se van a duplicar, porque tenemos ya conseguidos para Sanidad unos fondos Feder muy importantes que además tienen la novedad de que no sólo son para nueva inversión sino para reposición, con lo cual nos van a permitir un empleo mucho más útil, porque no es sólo en inversión nueva sino en reposición. Por tanto, se ralentiza la inversión en 1994 y, con arreglo a las previsiones que tenemos, se duplicará en 1995 contando con los fondos Feder.

Algunas de las cosas que he dicho a S. S. le han gustado, le han parecido bien -lo que le agradezco- aunque demuestra que no se las cree. Con las que está de acuerdo me dice que no se las cree y que son sólo buenas intenciones. La verdad es que he tenido poco tiempo para demostrar que algo voy a hacer, pero estoy segura de que podremos hablar más adelante de qué voy a hacer y qué no voy a hacer en relación con lo que hoy he dicho. Luego hay problemas de desacuerdo.

Los indicadores de salud, señora Maestro, usted los discute siempre -yo lo sé- y tiene opiniones distintas; los infravalora y no les da ninguna autoridad. Hay indicadores de salud que constituyen elementos de comparación y de referencia comúnmente aceptados. Sobre todo lo que yo he invocado hoy aquí no eran indicadores del Ministerio ni elaborados por nosotros, era a propósito de un informe de Unicef, que se ha presentado en Londres y del que me ha llamado la atención que lo único que ha salido en los periódicos era el dato negativo de la bajada de la tasa de nacimientos. Todo lo demás que dice textualmente: «Es impresionante» entre comillas, lo que se ha hecho en España en la mortalidad infantil, eso no lo ha reflejado nadie y no era sólo ese dato, había más datos positivos en ese informe. Al informe de la Unicef no sé si S. S. le resta credibilidad y con qué indicadores está hecho. **(La señora Maestro Martín pronuncia palabras que no se perciben.)** Si está basado en nuestros datos oficiales serán los mismos datos oficiales que los de los demás países y como en la relación salimos bien parados, yo como responsable de Sanidad vengo contentísima con el informe de Unicef a contarles cuáles son los indicadores, cosa me parece que legítima, aunque siento que a S. S. no le convenzan.

El Plan Integrado de Salud, señora Maestro, es verdad que lleva mucho retraso. Cuando anuncio que estamos ya, por fin, en condiciones de aprobarlo en 1994, que usted lo descalifique porque no se ha hecho antes también me descorazona, pero S. S. sabe que ha exigido la elaboración de doce planes de comunidades autónomas y no es fácil conseguir los planes de salud de todas las comunidades autónomas o, por lo menos, no es sólo culpa del Ministerio de Sanidad.

Número de intervenciones. Ya sé que hace falta valorar más, sobre todo con S. S. Hace falta dar más datos cuando se habla del número de intervenciones. A mí me

parece que son datos muy espectaculares, porque además estoy segura de que se hacen bien esos actos médicos. Aunque los contempláramos con todos los datos que S. S. pide, yo creo, de verdad, que el sistema sanitario público en su vertiente asistencial funciona extraordinariamente bien y lo creo de verdad. A lo mejor a SS. SS. les parecerá una ingenua o una ignorante, pero yo creo que el sistema sanitario público funciona admirablemente bien en la asistencia sanitaria y creo que en este país cada vez que alguien se encuentra de verdad enfermo acude a un hospital público y se lo encuentra abierto 24 horas al día y atendiendo a toda la población. A mí eso me parece una cosa extraordinaria, aunque sea motivo de bromas o de sarcasmos; yo lo creo sinceramente si no seguramente no estaría aquí. Alguien me ha preguntado por qué he aceptado el cargo. Lo he aceptado entusiasmada. Me parece que es una oportunidad extraordinaria, pero es que yo creo en esto, creo en el sistema sanitario público y creo en cómo está funcionando. Estoy preocupada con las cosas que no funcionan y son las que pretendo mejorar.

Las actuaciones en educación para la salud, señora Maestro, no han sido campañas informativas o publicitarias. Yo también tengo preocupación por las campañas, sobre todo porque tengo poco dinero para campañas. Las actuaciones con el Ministerio de Educación han consistido en el reparto de unos vídeos y documentación en los centros, en las clases con un material didáctico para los profesores. Por tanto ha tratado de llegar más al destinatario y no ser simples campañas informativas.

La participación de los profesionales y de los ciudadanos en el control de calidad. Este asunto me parece esencial, si tenemos en cuenta, además, que hay que controlar la gestión que, por tanto, hay que ser estricto con el gasto y que no podemos correr el riesgo de que una supuesta eficacia en el control del gasto se resienta en la calidad; por tanto, aseguro a S. S. que constituye una preocupación esencial. Yo he esbozado entre las medidas los indicadores de calidad que me preocupa mucho establecer y generalizar en todo el sistema, precisamente porque soy consciente del riesgo que eso comporta.

Es verdad que hay que incentivar la participación de los profesionales. Estoy segura que tenemos que conseguir incentivar a los profesionales para que se responsabilicen con los fines del sistema, con los costes del sistema, con el mantenimiento del sistema. Es verdad que hay que incentivarles a ellos también, pero hay que tener los controles de calidad adecuados. No puedo estar más de acuerdo con S. S. A lo mejor ha pasado desapercibida pero entre las medidas de mejora de la gestión hay una que me parece esencial para contrarrestar ese rigor en la gestión, que es el control de la calidad.

En cuanto a la cobertura de atención primaria que preocupa a S. S., con razón, le diré que estamos en el 72 por ciento, a finales de 1993, y esperamos llegar al 100 por ciento en el año 1995. Esas son las previsiones y los datos que tengo; ya sé el retraso que hay, pero esas son las previsiones con las que trabajamos.

La carrera profesional se va a incluir en la ley de las profesiones sanitarias.

No sé si he entendido bien a S. S. cuando me ha dicho que hay que dar más farmacia. ¿Más medicamentos? ¿Medicamentos gratis? (**Rumores.**)

La señora **MAESTRO MARTIN**: No, he hablado de medicamentos...

La señora **PRESIDENTA**: Perdón, señora Maestro. Señora Ministra, también le ruego que no me provoque diálogos cruzados con S. S.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Señora Presidenta, perdóneme, soy nueva, pero es que no he entendido bien a S. S. Habla de medicamentos esenciales y pregunta que para cuándo los medicamentos esenciales gratuitos.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Si, medicamentos esenciales...

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): De verdad, señora Maestro, que más medicamentos gratuitos, no.

La señora **MAESTRO MARTIN**: Medicamentos esenciales, genéricos.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO** (Amador Millán): Política de genéricos estamos haciendo y es difícil extender una política de genéricos porque no los fabricamos nosotros, pero estamos impulsando seriamente una política de genéricos.

La tarjeta sanitaria está repartida en el 82 por ciento, con las solicitudes que han llegado, que se han cumplimentado, que se han contestado y esperamos tenerla para final de año. No sé si podremos cumplirlo, pero la previsión es que para final de año todo ciudadano tenga su tarjeta sanitaria.

En cuanto a los hospitales militares, le diré que el día 8 de octubre se firma el convenio con el Hospital Naval de Cartagena. Como sabe S. S. tenemos un convenio con el Ministerio de Defensa que estamos desarrollando y tenemos prevista la firma de otros convenios para utilización -también en Madrid- de hospitales militares. El primero de todos es el de Cartagena, que ha llevado algún retraso, pero el día 8 de octubre se firma el convenio.

Señor Cardona, agradezco a S. S. los comentarios amables que me ha dedicado y también las reflexiones que ha hecho cuando decía que eran filosofía. Yo creo que no sólo hay que hablar de números, aunque en sanidad hay que hacer números, pero me parece que también es muy gratificante hablar de todo lo que hay alrededor de la sanidad, que es muy importante, y que afecta muy directamente al ser humano. Por tanto, todo lo que sea hablar de la humanización de la medicina, de la educación sanitaria, comparto absolutamente sus planteamientos.

En el tema de la financiación es difícil no compartir lo

que usted ha dicho, distinto será que seamos capaces de hacerlo atendiendo a todas las expectativas y en los plazos adecuados porque, como todo el mundo conoce, tenemos una situación económica difícil y, por tanto, en mi caso no es un problema de voluntad, sino de posibilidades.

Es evidente que hay que aflorar el déficit de los años 1992 y 1993. La deuda está saneada hasta el 31 de diciembre de 1991 y tenemos que aflorar el déficit que se ha producido en el año 1992, que es mucho menor que en el año 1991, bastante menor. También tenemos que manejar cuál va a ser la desviación de 1993, porque aunque queden tres meses tenemos ya los datos suficientes para poder hacer una prospección. Por tanto, hay que aflorar ese déficit y vamos a ver cómo aclaramos las cifras, porque se manejan algunas verdaderamente asombrosas y cómo establecemos los mecanismos para sanear el déficit de estos dos años, con la expectativa de hacer un presupuesto real claro. Nos ha pillado el convencimiento generalizado de que había que hacer un presupuesto real que nos ha llegado en un año especialmente difícil. Todo lo que hemos peleado este año para convencer a todo el mundo de lo importante que es el presupuesto real, para el año que viene, que será mejor ya que estaremos saliendo de la crisis, esa labor no caerá en saco roto porque se sabe que a la sanidad se le debe un poco en el presupuesto.

En cuanto al automatismo en el pago de las desviaciones también lo comparto, lo he dicho ya. El que un mero instrumento genere dificultades en la comunidad autónoma no me parece razonable y, por tanto, vamos a ver cómo establecemos las fórmulas de pago a las comunidades autónomas para que generen el automatismo y no perturben.

Señor Martín, agradezco sus palabras de bienvenida y su cordialidad. Le digo lo mismo que decía hace un momento: el que hagamos las mismas propuestas que hace algún tiempo es lógico desde el punto de vista de la coherencia política. Demuestra, es verdad, que nos hemos retrasado en algunas cosas; es verdad y yo lo acepto, algunos programas van retrasados, pero también le digo, con la misma sinceridad, que lo importante es que sigamos y que se hagan. Eso sí, los cálculos han sido a veces muy optimistas, pero eso pasa en todas partes, es decir, no me parece un reproche grave y me importa más la coherencia que se demuestra al seguir manteniendo las mismas propuestas.

Las listas de espera es un problema muy serio que tenemos y yo creo que he sido prudente, no he dicho nunca que voy a acabar con las listas de espera. No creo que podamos acabar con ellas, sinceramente, y no me gusta decir cosas que no esty en condiciones de cumplir. He dicho que vamos a tratar de reducir los tiempos de espera, porque los que hay ahora son, en muchos casos, insostenibles para las personas que los sufren. Y no es que Madrid tenga ninguna relación de preferencia, es que en Madrid se hizo un plan piloto que ahora nos permite evaluar los resultados, saber lo que nos ha costado, el tiempo que hemos necesitado, cuáles son, y eso nos va a

permitir plantear su extensión a todo el territorio con cierto realismo. No hay que plantearse ambiciones de lista de espera numéricamente cifradas y que luego no podamos cumplir; por tanto, en las listas de espera, que es un problema que afecta a tantas personas, y que preocupa a tantas personas, yo soy muy respetuosa con no hacer promesas que no esté en condiciones de poder cumplir. La propuesta es extender el plan de Madrid a todo el territorio.

Estoy absolutamente de acuerdo con lo que me dice de aprovechamiento de todos los recursos, de conocimiento de los datos sanitarios; me parece esencial, los datos económicos y presupuestarios son públicos y notorios y respecto a los demás estaré encantada de facilitarles aquellos concretos que le interesen.

En materia de consumo ha hecho referencia a la multipropiedad y le diré que es un asunto que ya parece que avanza en la Comunidad. En el último Consejo de Ministros comunitario se dijo que el próximo iba a ser el definitivo y en cuanto se apruebe la directiva comunitaria se traspondrá, ya que en el Ministerio de Justicia se está trabajando en el proyecto; es decir, que la multipropiedad, que lleva un retraso extraordinario —no sólo en España—, por fin parece que va a ser aprobada, si no en este Consejo, de manera inmediata.

A la portavoz del Grupo Socialista le quiero agradecer su cordialidad y la valoración que ha hecho de mis propuestas y del planteamiento que he venido a hacer. Como no podía ser de otra manera, estamos de acuerdo, pero le agradezco personalmente las manifestaciones de cordialidad y de apoyo en esta primera comparecencia; yo las valoro mucho porque soy nueva.

Respecto a la libre elección de ginecólogo, le diré que es la propuesta inmediata en cuanto a los especialistas y plazo no he dado porque todavía no sabemos en qué momento va a poder empezar a funcionar, pero yo espero que pronto, y seguiremos avanzando en otras especialidades, porque creemos que ésa es la vía.

Coincido en cuanto a la valoración de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Es seguramente el proyecto más importante que tenemos, aunque sólo sea porque es una ley, y su éxito será obtener el consenso suficiente, por eso hemos empezado a manejar borradores de los que disponen todos los interlocutores sociales, todos los profesionales, para que sea un instrumento de trabajo que nos permita empezar a hablar, a consensuar y a elaborar un texto que no responda a un diseño teórico, sino que de verdad venga a resolver los problemas que hoy tienen las profesiones sanitarias. Si no conseguimos eso, más vale no hacerlo. Por tanto, el inicio del proceso de elaboración del proyecto ha sido partir de un texto, que tendrá carencias y defectos, pero sobre el que se pueda discutir con todo el que tenga algo que decir.

Sobre el tres por ciento, ya he expuesto mi valoración.

No sé si me olvido algo, pero, en todo caso, agradezco de verdad la oportunidad de haber estado aquí y me disculpo si he hablado mucho y he aburrido a SS. SS.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ministra de Sanidad y Consumo.

Cumplimentado el trámite del orden del día de esta primera reunión de la Comisión de Sanidad y Consumo, antes de levantar la sesión quiero agradecer a SS. SS. su

trabajo en la misma y, evidentemente, a la señora Ministra su presencia y su amable exposición.

Se levanta la sesión.

Eran las siete y veinte minutos de la tarde.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 547-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961